



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola de Ciências Sociais  
Departamento de Sociologia

Mestrado em Sociologia  
Área de Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável

O SUICÍDIO DOS IDOSOS NO ALENTEJO  
- O CASO DO CONCELHO DE PORTALEGRE

Orientadora:  
Professora Doutora Maria da Saudade Baltazar

Mestrando:  
Francisco José Videira Caldeira

Abril de 2010

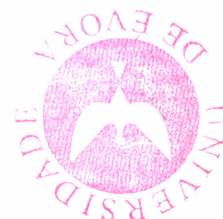


UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola de Ciências Sociais  
Departamento de Sociologia

Mestrado em Sociologia  
Área de Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável

O SUICÍDIO DOS IDOSOS NO ALENTEJO  
- O CASO DO CONCELHO DE PORTALEGRE



186442

Orientadora:  
Professora Doutora Maria da Saudade Baltazar

Mestrando:  
Francisco José Videira Caldeira

Abril de 2010

### **SIGLAS E ABREVIATURAS:**

EUA – Estados Unidos da América

GNR - Guarda Nacional Republicana

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSP - Polícia de Segurança Pública

SAU – Superfície Agrícola Utilizada

“Como é possível que o extraordinariamente poderoso  
instinto da vida seja vencido?”

Freud (1910)



### AGRADECIMENTOS

Ao culminar este trabalho de investigação, impõe-se uma palavra de agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma tornaram possível a sua realização.

À Exma Senhora Professora Doutora Maria da Saudade Baltazar, que aceitou acompanhar-me e orientar-me neste desafio desde o seu início até ao seu *terminus*, o meu reconhecimento, sempre disponível, acessível e amável transmitiu ao longo do tempo uma paz e harmonia capaz de me fortalecer nos momentos mais angustiantes e difíceis desta reflexão.

A todos aqueles que directa ou indirectamente partilharam esta tarefa e, muito especialmente a quem sempre me incentivou a prosseguir com a investigação através de sugestões e palavras de estímulo.

Finalmente, um agradecimento à minha família.

A todos vós um grande OBRIGADO!

### RESUMO

Os comportamentos suicidários, entendidos no seu conjunto como qualquer acto através do qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, são um fenómeno muito antigo. Este tipo de comportamento, foi desde sempre estudado a partir de várias perspectivas diferenciadas por especificidades históricas, filosóficas e sociológicas que analisaram os registos deste tipo de óbito. Este trabalho tem como objectivo, a exposição dos resultados de um estudo exploratório sobre o fenómeno social do suicídio no Concelho de Portalegre, entre os anos de 2004 e 2008 inclusive, em idosos com 65 anos ou mais, ou seja contribuir para a compreensão do suicídio na área geográfica em análise.

A partir da recolha de dados através do método de entrevista, aplicada a familiares dos suicidados que foram identificados após pesquisa no Cartório Notarial de Portalegre, nos Autos de Notícia da Guarda Nacional Republicana (GNR) e ainda nos Autos de Notícia da Polícia de Segurança Pública (PSP) daquela Cidade, procura-se entender o fenómeno social do suicídio à luz da bibliografia de referência, descrevendo-o e estabelecendo regularidades, recorrências e tendências da sua ocorrência.

Do estudo efectuado sobre o suicídio no Concelho em análise, ressaltam vários aspectos, que de forma transversal, contribuíram para a ocorrência do fenómeno, destacando-se de entre esses a depressão e as doenças físicas/mentais. Por outro lado, de um modo geral, as pessoas que se suicidaram viviam com dificuldades de natureza económica, normalmente das suas parcas pensões de reforma, contudo, eram pessoas calmas e afáveis embora com personalidades e modos de ser próprios, que à medida que foram surgindo os problemas de saúde e, consequentemente, de dependência física e de bebidas alcoólicas no caso dos homens, foram-se isolando, apresentando elevados níveis depressivos que os levaram a cometer o suicídio.

Palavras-Chave: Comportamentos suicidários; Suicídio; Idosos

## **ABSTRACT**

### **Suicide in old people in the Alentejo – The case in the area of Portalegre**

Suicidal behaviours, known in their whole as an action through which an individual causes himself injury, are a very ancient phenomenon. This kind of behaviour has always been studied from several perspectives, differentiated by historical philosophical and sociological specificities that have analysed the records of this kind of death. The aim of this work is to show the results of an exploitative study about the social phenomenon of suicide in the area of Portalegre, from 2004 to 2008 inclusive, in what 65 old people (or more) are concerned, that is to contribute to understand suicide in the geographical area in study.

It was gathering together the information through the method of interview to the suicide's relatives identified after research in the registry office in Portalegre, in the legal papers of Guarda Nacional Republicana (GNR) as well of those of Polícia de Segurança Pública (PSP) in this town. We try to understand the social phenomenon of suicide in the light of reference bibliography, describing this phenomenon and establishing regularities, recurrences and tendencies of its circumstances.

From the study about suicide in the area studied, there are several aspects to consider, which contributed in a transversal way to this phenomenon. Depression and physical/mental diseases are the most important ones. On the other hand, people who committed suicide had a difficult economic situation.

However, they were calm and sympathetic, although with different personalities and their own way of being, which as far as their healthy problems came and consequently physical dependency and alcohol addiction, in what men are concerned, started an isolation process, showing high depressive levels which lead them to commit suicide.

**Keywords – suicidal behaviours; suicide; old people**

## ÍNDICE

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL .....	18
1 – O ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE ACTUAL .....	18
2 – SUICÍDIO - PERCEPÇÃO SOCIAL E DIVERSIDADE DE ORIENTAÇÕES TEÓRICAS .....	28
2.1. Suicídio e tentativa de suicídio .....	28
2.2. O Suicídio numa perspectiva Histórica e Multidimensional .....	33
2.3. Principais contributos teóricos .....	41
3 – A ANÁLISE CONTEXTUAL DA CONDUTA SUICIDA: COMPLEXIDADE E O CARÁCTER CUMULATIVO DOS FACTORES CONDUCENTES AO SUICÍDIO DOS IDOSOS .....	43
3.1. Factores individuais .....	43
3.2. Factores familiares .....	44
3.3. Factores sócio-culturais .....	54
3.4. Factores transversais .....	56
PARTE II: DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO ÀS OPÇÕES METOLÓGICAS .....	62
4 – PROBLEMATIZAÇÃO .....	62
4.1. Tema, Perguntas de Investigação e Objectivos .....	62
4.2. Opções metodológicas .....	63
4.2.1. Tipo de Estudo .....	64
4.2.2. Técnicas de Recolha de Dados .....	65
4.2.2.1. Pesquisa Bibliográfica e Documental .....	67
4.2.3. Caracterização dos entrevistados .....	67
4.2.4. Técnicas de Análise de Dados.....	69
PARTE III: O SUICÍDIO DOS IDOSOS NO CONCELHO DE PORTALEGRE ..	73
5 – TERRITÓRIO E DEMOGRAFIA FACE AO CONTEXTO REGIONAL E NACIONAL .....	73
5.1. Contexto geográfico-demográfico .....	73
5.2. Estrutura sócio-económica .....	81
6 – O SUICÍDIO DOS IDOSOS E OS PRINCIPAIS IMPACTES NA ESTRUTURA FAMILIAR .....	84
6.1. O quotidiano do idoso .....	84

6.2. Expectativas do idoso face aos apoios externos .....	90
6.3. Alterações no estilo de vida do idoso face à reforma .....	93
6.4. Alteração do quotidiano das famílias face à morte do familiar .....	94
6.5. Situações que levam os idosos a suicidarem-se no concelho de Portalegre ..	96
7 – CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES .....	98
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	109
ANEXOS .....	114
Anexo I – Guião de Entrevista .....	115
Anexo II – Grelha Interpretativa .....	120
Anexo III – Grelha Explicativa .....	147

### ÍNDICE DE QUADROS

**Fls.**

QUADRO Nº 1 – Características sócio-demográficas dos entrevistados .....	68
QUADRO Nº 2 – Grelha de Análise.....	72
QUADRO Nº 3 – Distribuição da População Residente 1991-2001.....	74
QUADRO Nº 4 – Nº. de Habitantes/Km, 1995-2001.....	75
QUADRO Nº 5 – Distribuição da População Residente segundo Grandes Grupos Etários 1991-2001 .....	75
QUADRO Nº 6 – Variação da População Residente, do Concelho de Portalegre, segundo Escalões Etários.....	78
QUADRO Nº 7 – Distribuição do Nº. de Nascimentos do Concelho por género e respectivas Taxas de Natalidade entre 1988 e 2000.....	78
QUADRO Nº 8 – Indicadores Demográficos.....	80
QUADRO Nº 9 – Tipologia do Sector Terciário por Sexo.....	82
QUADRO Nº 10 – O Quotidiano do Idoso.....	84
QUADRO Nº 11 – Expectativas do idoso face aos apoios externos.....	90
QUADRO Nº 12 – Alterações no estilo de vida do idoso face à reforma.....	93
QUADRO Nº 13 – Alterações do quotidiano das famílias face à morte dos familiares.....	94
QUADRO Nº 14 – Situações que levam os idosos a suicidarem-se no Concelho de Portalegre.....	96

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

Fls

GRÁFICO Nº 1 - Pirâmide Etária da População Residente 1991 (Censos)	
Portugal.....	76
GRÁFICO Nº 2 - Pirâmide Etária da População Residente 1991 (Censos)	
Portalegre.....	76
GRÁFICO Nº 3 - Pirâmide Etária da População Residente 2001 (Censos) Portugal	77
GRÁFICO Nº4 - Pirâmide Etária da População Residente 2001 (Censos)	
Portalegre.....	77
GRÁFICO Nº 5 - Distribuição da População pelo Estado Civil .....	80

## 0 – INTRODUÇÃO

Para se compreender qualquer fenómeno da vida social é preciso perceber as relações que se estabelecem entre os indivíduos, sendo que o estudo da realidade social se enquadra no âmbito de sociologia. Múltiplas são as relações sociais, interessa neste caso debruçarmo-nos sobre um domínio de realidade social – O Suicídio.

A solidão e a melancolia são consideradas como despoletadoras do suicídio, sendo algo que no Alentejo é fruto da associação das condições geográficas, climáticas e sociais, pretendendo compreender até que ponto estas condições contribuem para o aumento do suicídio no concelho em análise.

Embora não negasse que a questão do suicídio pudesse ser estudada a partir de motivações individuais ou psicológicas, Émile Durkheim, na obra “O Suicídio” (1897), propôs analisá-lo sob um outro prisma, investigando o conjunto dos suicídios cometidos numa certa sociedade num período de tempo. O seu objectivo era justamente o de demonstrar que o acto aparentemente individual do suicídio estava directamente relacionado ao grau maior ou menor de coesão/integração do indivíduo à sociedade. O esforço empreendido pelo autor foi o de encontrar uma unidade entre os suicídios registados e, a partir daí, explicá-los sociologicamente. Com isso, procurava afastar as explicações de cunho psicológico/individual e centrar as explicações do suicídio nos desvios da própria sociedade.

Segundo Charles-Henry e Glesle (1996) a virtuosidade metodológica da análise estatística empreendida por Durkheim foi a sua capacidade de explicar um acto estritamente individual à luz das causas sociais que puderam provocá-lo. Ou seja, os motivos do suicídio remetem a forças que emanam da sociedade ou dos grupos a que os indivíduos pertencem e que os comandam sem que eles se dêem conta, no momento em que acreditem agir livremente.

A tese central da obra de Durkheim é de que o suicídio varia na razão inversa do grau de integração dos grupos sociais (religião, família, sociedade política) dos quais o indivíduo faz parte. Assim, por exemplo, notou que a baixa nas taxas médias de suicídio coincide com períodos de crise e revoluções, na medida em que nesses períodos



há o envolvimento dos indivíduos em movimentos de cunho social mais amplo, o que faz diminuir as taxas de suicídio. Da mesma forma, argumenta que o facto de as estatísticas indicarem um número menor de suicídio entre mulheres seria explicado pelo facto destas não participarem tão activamente na vida colectiva como os homens.

No que se refere à religião, os protestantes são os mais propensos ao suicídio, seguidos pelos católicos e por último pelos judeus, sendo as diferenças nesses casos devido às estruturas religiosas capazes de integrar os indivíduos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou os comportamentos suicidários como um importante e crescente problema de saúde pública em todo o mundo.

Os comportamentos suicidários podem observar-se ao longo de um processo contínuo, que inclui a ideação suicida, a tentativa de suicídio/para-suicídio e o suicídio consumado, embora nem todos aqueles que se suicidam têm uma história de atitudes suicidas e até mesmo de ideação suicida.

O suicídio e o para-suicídio são fenómenos complexos e multifacetados que se observam, em taxas diferentes em todos os países e culturas, sendo influenciados por factores socioeconómicos, familiares, interpessoais, culturais, psicológicos e psiquiátricos.

Ainda segundo aquela Organização, anualmente cerca de vinte milhões de pessoas tentam o suicídio e pelo menos um milhão comete suicídio. Tal significa que nem todas as tentativas de suicídio têm como desfecho a morte.

A taxa de suicídios representa por si só uma preocupação extremamente acentuada para qualquer país, não só porque tem vindo a crescer nos últimos anos, mas, igualmente pelos danos colaterais que provoca na vida das famílias, amigos e colegas de trabalho.

Assim, a OMS e as Nações Unidas, definiram princípios gerais orientadores, com o objectivo de permitir a adopção de estratégias que atenuem o aumento significativo de comportamentos suicidários tendo alguns países estabelecido estratégias globais de prevenção deste tipo de fenómeno.

Urge, que no seio das organizações/instituições com dimensão considerável, se tomem medidas no sentido de minimizar a evolução do fenómeno, embora se trate de um enorme desafio, pela complexidade de que aquele se reveste.

Uma prevenção efectiva de suicídio deverá combinar estratégias dirigidas à população em geral e outras com objectivos específicos dirigidos aos grupos de risco.

Ainda de acordo com a OMS, as novas formas de vida, trabalho e comunicação podem reduzir as oportunidades para as interacções interpessoais. As grandes diferenças entre ricos e pobres, valores e normas, perda dos contactos pessoais devido às novas tecnologias e à dispersão familiar, tudo isto pode sacrificar as redes de apoio que nos ajudam a lidar com os desafios da vida (The HWO Regional Office for Europe, 2001).

A escolha deste objecto de estudo prende-se com o facto de ser um fenómeno social com repercussões enormes nas sociedades actuais, que afecta transversalmente todas as classes sociais e ser um fenómeno que desde sempre me causou interesse pelas razões que poderão estar por detrás da decisão de alguém, que independentemente da sua classe social e do seu modo de vida, decide, voluntariamente, pôr fim à sua própria vida. Por outro lado, devido ao facto de pertencer a uma Força de Segurança, tive por motivo das funções que desempenhei, contacto com situações muito distintas e, algumas com contornos de extrema violência difíceis de imaginar.

O suicídio em Portugal aparece-nos como um fenómeno geograficamente dividido apresentando distinções Norte/Sul e características rurais, embora esteja a aumentar consideravelmente o fenómeno urbano, não tendo contudo as mesmas causas e o mesmo grau de progressão. No nosso país, é um fenómeno quase exclusivamente rural ao passo que as tentativas e o para-suicídio, de cariz mais urbano, aumentou nas grandes cidades à semelhança do resto da Europa.

Embora nos países do sul da Europa se verifiquem, de modo geral, menos suicídios do que nos países do norte europeu, existem regiões que, por motivos de vária ordem, apresentam uma taxa de suicídios superior a outras regiões, sendo que tal se verifica ao longo dos anos, com raras excepções.

Tal é o caso do Alentejo em que nos últimos anos se verificaram mais suicídios do que nas restantes regiões do País, apresentando a taxa mais elevada do mundo no Concelho de Odemira, sendo a terceira idade um importante grupo de risco, tendo em atenção o isolamento e as perdas sucessivas de amigos e familiares.

No Alentejo e no Algarve, assume particular dramatismo o número de suicídios na população, especialmente na população idosa com 65 ou mais anos.

O estudo que vou elaborar sobre o suicídio no Alentejo, no Concelho de Portalegre, prende-se com o interesse da Sociologia pelas questões da realidade social.

Estudar o acto e o comportamento suicidário como um facto social e compreendê-lo em torno de diversas teorias e modelos sociais é, antes de mais, estudar uma das componentes do comportamento humano.

O primeiro a estudar o suicídio considerando-o como um facto social, foi o sociólogo francês Émile Durkheim, no livro “O Suicídio” (1897). Para este autor, o suicídio é um facto, ainda que pessoal e individual com reflexos sociais. Tendo estas causas e reflexos sociais que servem como mecanismos desencadeadores do mesmo, este só poderia ser explicado por uma conjunção onde predomina o social.

O suicídio é assim um fenómeno individual cujas causas são essencialmente sociais, pois variam de grupo para grupo, de religião para religião, de sociedade para sociedade.

Os vários estudos sobre o fenómeno, mostram que não há nenhuma sociedade, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não exista suicídio, embora gerido de forma diferente, conforme a sua mentalidade ou os seus conceitos sobre a vida e o seu valor social e simbólico sobre a morte.

Se o suicídio é a autodestruição por um acto deliberadamente realizado para conseguir este fim, caberá perguntar: Porque razão as pessoas se matam a si próprias? Ora, se a conservação da vida é um dos instintos humanos menos contestados, contudo continua a ser vencido com uma frequência implacável e persistente.

Sem a compreensão da dimensão antropológica e a vivência da dimensão humana do suicídio, sem uma compreensão da dimensão cultural e social, personalizadas no acto suicidário, desfaz-se sem sentido o que, à partida, todos dizemos ser: um acto de profundo desespero, mas um dos actos profundamente humanos (Prates, 1987).

É no contexto desta realidade social que se torna pertinente um estudo sociológico, que possa contribuir para a compreensão deste fenómeno, numa tentativa de apurar as suas causas específicas na região e assim contribuir para compreender este fenómeno e, intrinsecamente poder combatê-lo.

Sabendo que para a realização de toda e qualquer pesquisa torna-se fundamental delinear qual o caminho a seguir, utilizando para isso um “conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adoptados” (Gil, 1989:27), com o delineamento da problemática, e o aparecimento dos objectivos de estudo senti necessidade em realizar uma pesquisa adequada. Uma vez delimitado o objecto de estudo, há que definir as metas que o

investigador quer alcançar. São os objectivos de pesquisa que deverão estar orientados no sentido de responder à ou às perguntas de partida. “A definição dos objectivos é de importância decisiva porque permite orientar todo o processo de pesquisa. Em termos gerais, a definição dos objectivos de pesquisa passa portanto, por três fases: identificação de um tema; definição do problema de pesquisa e do próprio fundamento da investigação; identificação dos principais conceitos, suas dimensões e indicadores” (Mareira, 1994:20).

Assim defini como objectivo principal, contribuir para a identificação das causas e efeitos na família das vítimas visando um acréscimo de compreensão do fenómeno social suicídio – o caso específico do Concelho de Portalegre.

Contudo, para chegar a este objectivo é necessário alcançar igualmente os objectivos específicos:

- Traçar o perfil sociológico dos suicidas no Concelho de Portalegre, desde 2004 a 2008 inclusive.
- Identificar os factores que contribuem para a propensão dos idosos do Concelho de Portalegre relativamente ao suicídio, nomeadamente o género, estado civil, a integração e a regulação social são propícios ao suicídio nos idosos.
- Contribuir para a identificação de potenciais efeitos do suicídio na vida dos familiares.

Com o delineamento da nossa problemática, e a definição dos nossos objectivos de estudo senti necessidade em realizar uma pesquisa bibliográfica adequada.

Esta foi efectuada a partir de livros e artigos científicos, que me permitissem a construção de um suporte teórico, tendo como vantagem ampliar conhecimentos sobre a matéria.

Assim, a dissertação apresenta-se dividida em quatro partes. Na primeira parte da pesquisa serão apresentadas as principais linhas metodológicas, onde foi elaborado um quadro de referências, procurando fazer uma abordagem geral do suicídio.

A segunda parte engloba a metodologia seleccionada, partindo da reflexão da problemática e dos objectivos propostos.

O tipo de estudo, assim como o instrumento de recolha de dados utilizado, a unidade de análise, a caracterização dos actores entrevistados, assim como os procedimentos realizados para analisar os dados obtidos, também têm aqui cabimento.

Nesta perspectiva, utilizou-se a abordagem exploratório-descritiva de um estudo de caso – Concelho de Portalegre, cuja recolha de dados se baseou em histórias de vida. Pelo exposto, a presente tese assenta numa perspectiva de análise que se enquadra no paradigma qualitativo, tendo sempre presente que só com a “experiência humana, tal com ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios autores” (Polit 1995:270), é que isto se torna possível.

De salientar a utilização da entrevista semi-directiva como método de eleição para a recolha de informação, com todos os procedimentos que lhe estão subjacentes, desde a elaboração das questões de investigação, à criação do guião de entrevista.

Após a recolha da informação através da aplicação da entrevista semi-directiva, tornou-se necessário o tratamento e a análise da mesma.

Na terceira parte, intitulada como o Suicídio no Concelho de Portalegre, serão apresentados e analisados os dados relativamente aos factores que interferem com o fenómeno em estudo.

Por último, serão apresentadas algumas propostas de intervenção de apoio ao idoso, após a conclusão do trabalho.

## PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

### 1 – O ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE ACTUAL

*“Ser-se velho era ser-se sábio; era ter-se a mais-valia do tempo, que fazia do velho o conselheiro, o amigo...a memória das gerações” (Costa, 1999)*

No âmbito das Ciências Sociais, para se poder compreender o fenómeno que se pretende estudar é preciso perceber como ele se enquadra no sistema social. Nesta perspectiva, Luc Van Campenhoudt refere que é impensável compreender os comportamentos dos idosos sem perceber primeiro como a velhice é definida e como está organizada socialmente, tanto mais que o estatuto do idoso se alterou ao longo do tempo (Campenhoudt, 2003).

É nesta base que se faz a abordagem do envelhecimento no actual contexto social.

Antigamente, a velhice não era considerada como problema social. Estas questões têm sido levantadas porque o envelhecimento da população tem crescido de forma inequívoca e preocupante, pois uma vez que é um fenómeno global, apresenta repercussões no campo social, da saúde, económico e político.

As numerosas análises efectuadas acerca das transformações que ocorreram na população ao longo do tempo só foram possíveis pelo aperfeiçoamento e crescente precisão das técnicas estatísticas da demografia, ciência que, como referiu Émile Durkheim, mostra os movimentos que ocorrem na vida colectiva, abrangendo a sociedade no seu conjunto (Segalen, 1999).

O fenómeno do envelhecimento demográfico é mundial, característico dos países desenvolvidos, essencialmente da União Europeia, ao qual Portugal não fica alheio. Caracteriza-se pelo aumento progressivo da proporção da população idosa em detrimento da população jovem e em idade activa. Refere Desesquelles que “segundo previsões das Nações Unidas, até 2050, os países da parte sul da União Europeia, com excepção de Portugal, deverão apresentar as mais altas proporções de pessoas com 65 e mais anos” (Fernandes 2001:41). Esta modificação da estrutura etária da população deve-se a uma multiplicidade de factores, não unicamente a um processo natural,

nomeadamente o declínio da natalidade, da fecundidade, da mortalidade e aumento da esperança média de vida, mas também aos impactos estruturais produzidos pelos movimentos migratórios. Passou-se de um modelo demográfico em que a natalidade e a mortalidade eram elevados para um modelo em que ambos os fenómenos decresceram consideravelmente. A distribuição quanto ao sexo não é homogénea, existindo um desequilíbrio mais acentuado nos últimos escalões etários, essencialmente devido à sobremortalidade masculina.

O grupo dos 65 e mais anos não é de todo homogéneo. Cada vez mais a esperança de vida aumenta, pelo que segundo António Rendas (2001), ao estudar o envelhecimento humano, o primeiro aspecto a ter em conta é de carácter cronológico. Este autor refere a proposta do Gabinete de Recenseamento dos Estados Unidos da América que considera as seguintes faixas etárias:

- idosos jovens (65-74 anos)
- idosos (75-84 anos)
- muito idosos (85 e mais anos) (Rendas, 2001)

Maria José Carrilho, refere que “a população portuguesa caracteriza-se por um forte envelhecimento e a sua dimensão actual resulta de um crescimento acelerado ocorrido num espaço de tempo” (Carrilho 2002:147). Salienta-se o aumento da importância relativa do grupo dos idosos e a diminuição da importância relativa do grupo dos jovens. Portugal confronta-se hoje com um duplo envelhecimento: da base, devido à diminuição dos jovens - diminuição da fecundidade - e de topo, pelo aumento dos idosos - aumento da esperança de vida -. Se por um lado o aumento da esperança de vida permite a coexistência de várias gerações, a diminuição da fecundidade levou a um decréscimo do número de filhos.

O primeiro recenseamento da população ocorreu em 1864, no entanto, a qualidade dos censos afirmou-se em 1960. Este facto permite fazer algumas comparações no sentido de perceber a evolução da população ao longo dos anos. Passou-se de um índice de envelhecimento de 27,3%, em 1960, para um índice de envelhecimento de 102,1%, em 2001. Por sua vez o índice de dependência de idosos passou de 12,7%, em 1960, para 24,2% em 2001, ou seja, duplicou. Situação inversa se verificou relativamente ao índice de dependência de jovens que passou de 46,5%, em 1960, para 23,7%, em 2001 (INE 2002).

Profundas foram as transformações nestes cinquenta anos. A problemática do envelhecimento começou a ter maior visibilidade, estando este fenómeno relacionado com vários indicadores. Maria da Graça Magalhães (2002) refere que a análise da mortalidade é de extrema importância, devido ao aumento contínuo que se verifica relativamente à esperança de vida. O desenvolvimento económico, social, tecnológico e científico, traduz-se na melhoria das condições de vida, o que de certa forma proporcionou uma descida da mortalidade, nomeadamente da mortalidade infantil, tendo concorrido para o aumento da esperança de vida. No início da década de quarenta, esses valores eram aproximadamente de 50 anos de idade para ambos os sexos, alcançando em 2000/2001 os 74 anos de idade para os homens e os 80 anos de idade para as mulheres, consequência da sobremortalidade masculina.

Também a fecundidade desempenha um papel relevante, pois tem implicações no crescimento e estrutura das populações. Portugal apresenta uma baixa fecundidade, neste momento já não está a assegurar a renovação das gerações, apresentando um valor de 1,5 crianças por mulher em 2000. Cada vez se casa mais tarde, pelo que a idade em que se verifica o nascimento do primeiro filho é mais avançada.

O impacto dos fluxos migratórios também é relevante, por influenciarem a estrutura da população. A situação em Portugal, no que diz respeito ao processo migratório, alterou-se no decorrer dos últimos anos, tendo-se tornado um país de destino, contrariamente ao que sucedia anteriormente, com especial incidência no período de 1960/70, em que saía uma fatia considerável da população activa. (Magalhães 2002).

A heterogeneidade regional é evidente pelo índice de envelhecimento que assume. A repartição dos idosos não é uniforme. Assim, o Alentejo é a região que apresenta o índice de envelhecimento mais elevado – 176 idosos por cada 100 jovens. Também ao Alentejo cabe a maior proporção de indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, assistindo-se ao envelhecimento da própria população idosa (Carrilho, 2002).

A par de todas estas transformações demográficas e consequente envelhecimento da população, deverão ocorrer transformações sócio-económicas no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos e evitar a exclusão social dos mesmos. Mais não é que um dever da sociedade para com os que contribuíram para o crescimento da mesma.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo em que as modificações que ocorrem são morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que



conduzem à perda progressiva da capacidade de adaptação da pessoa ao meio ambiente, desencadeando maior vulnerabilidade, uma maior incidência de processos patológicos e uma redução da capacidade de sobreviver que pode conduzir o indivíduo à morte (Filho, 2000).

O indivíduo enquanto inserido num determinado contexto, para além das características individuais, também o modo de vida, o meio envolvente e a sociedade em que se insere têm o poder de condicionar a sua existência. Maria Arminda Costa, remete-nos para determinadas correntes que consideram que nos seres humanos as diferenças de envelhecimento são determinadas geneticamente mas consideravelmente influenciadas pela nutrição, estilos de vida e ambiente (Costa, 2002).

Cada indivíduo apresenta três idades diferentes: a idade biológica, a idade social e a idade psicológica. A idade biológica diz respeito ao envelhecimento orgânico que leva ao declínio funcional dos diferentes órgãos. A idade social tem a ver com o papel, o estatuto e os hábitos do indivíduo em relação aos outros membros da sociedade. Esta idade é condicionada pela cultura, valores e história da sociedade. A idade psicológica está relacionada com as competências comportamentais do indivíduo, nomeadamente, memória, inteligência e motivação (Fontaine, 2000).

A idade cronológica dá-nos o momento da passagem para a última etapa da vida. Este dado só serve para identificar o momento em que um indivíduo passou a ser considerado velho, conceito este que entre nós, culturalmente e socialmente, tem um sentido valorativo de carga negativa. Este envelhecimento cronológico, segundo J.C. Ermida, é aquele que é “medido pelo calendário” (Ermida, 1999:43). Existe ainda um outro aspecto a considerar que é o facto de, cada vez mais, se atingir os 65 anos gozando de boa saúde, ou seja, não existe uma correspondência entre a idade da reforma e a incapacidade para o trabalho. O marco dos 65 anos tem vindo a perder algum significado social, até porque a longevidade e a qualidade de vida têm sofrido profundas mudanças.

O acelerado desenvolvimento tecnológico torna obsoleto e desqualifica o trabalho dos mais velhos. A sociedade depara-se então com o paradoxo de se viver cada vez mais tempo e ser velho socialmente, quando existem ainda tantos anos para serem vividos. O indivíduo passa a ser velho por decisão administrativa. A definição de uma idade cronológica poderia determinar que a velhice deixasse de ser única e fosse igual para todos os indivíduos, não podendo reflectir as transformações biológicas,

psicológicas, sociais e económicas. A única característica comum é a reforma, o indivíduo passou de uma categoria social para outra. A reforma assinala a entrada na velhice, em detrimento dos saberes e experiência acumulada ao longo dos anos.

Podemos então concluir que associado ao conceito de velhice, no âmbito das ciências sociais e sobretudo nas sociedades ocidentais, surge o conceito de reforma ao qual se associa o afastamento do mercado de trabalho e a ideia de não participação social. Cada vez mais a concepção de velhice é uma concepção social e cultural e cada vez menos uma concepção personalizada. A imagem que a sociedade tem dos idosos tende a ser negativa. Há uma hierarquia de valores que sobrevaloriza o trabalho e contribuição económica. A velhice aparece associada a perdas, inactividade e falta de participação social. A sociedade exclui os idosos do contexto social, pois tem sérias dificuldades em aceitar um indivíduo que deixou de pertencer ao sistema produtivo. Os idosos são então classificados em função de vários aspectos: a idade, a produtividade, os encargos para a Segurança Social e os encargos com a família. Esta ideia vem reforçar a opinião de Francisco Cabrillo quando refere que “o valor atribuído à velhice depende do que a sociedade necessite ou prefira em dado momento” (Cabrillo, 1999:57). Não faz sentido falar em idade cronológica se não se conhecer o significado social atribuído à mesma.

A preocupação com a velhice e o processo de envelhecimento são tão antigos quanto antiga é a civilização. A grande diferença, é que nas sociedades primitivas, os velhos eram objecto de veneração, eram respeitados. Todos os elementos de uma família deveriam obedecer aos mais velhos. No séc. XVIII o idoso era considerado património e não encargo. Hoje há uma inversão de valores. Passa-se a julgar o homem pela sua capacidade de produzir, o que se traduz na perda da sua condição social, é improdutivo e decadente (Netto, 1999).

O conhecimento e a experiência dos idosos deixam de ser valorizados. Antigamente, a sua autoridade e respeito advinham da longa e rica experiência de vida e da idade. Apesar de já não contribuírem com trabalho e de algumas limitações, este facto era compensado pela sabedoria adquirida ao longo dos anos, que era transmitida aos descendentes com o intuito de também eles poderem sobreviver. Actualmente para que serve a sabedoria dos idosos confrontada com os novos modelos económicos e de produção? A evolução tecnológica e científica dos últimos anos aumenta o abismo entre a partilha de conhecimento entre os mais velhos e os mais novos. A autoridade e o

respeito que lhe eram atribuídos ficaram desgastados e, segundo Maria José Hespanha, foram substituídos pela afectividade nascida das relações familiares, de parentesco ou de vizinhança (Hespanha, 1993). Os saberes tradicionais e a experiência de vida são desvalorizados pelos mais novos, “experiência de vida tão-pouco serve de muito às pessoas idosas, porque a ordem de valores morais, sociais e políticos, não só mudou, senão mesmo, talvez, se tenha convertido na principal causa de conflitos geracionais” (Cabrillo 1992:58).

No entanto, na opinião de Nuno Grande “os povos que não respeitem os velhos destroem a respectiva identidade, porque não reconhecem a própria memória” (Grande 1994:6). Acrescenta ainda o autor que a transmissão de saberes ao longo das gerações, permitiu à humanidade chegar à actualidade com o modelo de organização que temos (Grande, 1994).

O primeiro grande impacto da velhice, para o indivíduo, será a perda dos seus papéis sociais e o vazio que sente até encontrar novas funções. Ser “velho” é um conceito que se altera no tempo e no espaço. É a sociedade que atribui ao velho o seu papel e o lugar que ocupa. Neste contexto, “a velhice, como todas as situações humanas, tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, a sua relação com o mundo e com a sua própria história” (Mercadante, 1999:74).

Uma vez que os idosos vivem cada vez mais tempo, impõe-se a necessidade de construir uma sociedade inclusiva, permitindo a sua integração nessa mesma sociedade e na família, dando qualidade à sua vida cada vez mais longa.

O processo de envelhecimento demográfico que se vive acentua esta problemática e desperta o interesse das sociedades, na certeza porém de que tão importante é a adaptação do indivíduo à sociedade como a adaptação desta aos idosos.

O envelhecimento da população é uma realidade a nível mundial muito especialmente nos países desenvolvidos, pelo que terá um profundo impacto nas sociedades. No mundo desenvolvido, mas, igualmente em numerosas regiões do mundo em desenvolvimento, a proporção de pessoas idosas na população está a aumentar rapidamente. O envelhecimento reflecte o êxito do processo de desenvolvimento humano, uma vez que é uma consequência da queda da mortalidade (aliada a uma descida da fecundidade) e de uma maior longevidade.

O envelhecimento da população também levanta desafios importantes, em particular no que se refere à viabilidade financeira dos sistemas de reforma, aos custos dos sistemas de cuidados de saúde e à plena integração dos idosos como parceiros activos do desenvolvimento da sociedade (World Economic and Social Survey 2007).

A Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento aprovou em 2002 o Plano Internacional de Madrid, em que se dá prioridade à integração do envelhecimento no conjunto de prioridades internacionais em matéria de desenvolvimento, à promoção da saúde e do bem-estar na terceira idade e à criação de um ambiente favorável às pessoas idosas.

O envelhecimento da população pode criar problemas específicos às políticas públicas, sendo necessários ajustamentos importantes em diversos domínios para fazer face a uma diminuição da mão-de-obra e à procura crescente de cuidados de saúde e de apoio aos idosos.

Um em cada 7 idosos, ou seja, 90 milhões de idosos, vivem sós e esta proporção aumentou na maior parte dos países, durante a última década. Ainda que esse crescimento seja bastante modesto, é provável que a tendência se mantenha e tenha consequências sociais importantes, especialmente para as mulheres idosas, que têm maior probabilidade de viver sozinhas. O facto de os idosos viverem sozinhos pode implicar um isolamento crescente, tornando mais difícil a prestação de cuidados pelos membros da família e aumenta a necessidade de assegurar serviços de apoio suplementar para permitir que os idosos continuem a viver em suas casas.

As repercussões destas modificações da composição da família e dos arranjos domiciliários, no que se refere ao apoio e cuidados aos idosos, variam em função do contexto. Nos países onde os idosos têm um acesso limitado aos organismos oficiais de protecção social, têm de contar com a família e a comunidade local. Porém, estes mecanismos informais de protecção têm sido recentemente sujeitos a tensões crescentes, sob o efeito não só de factores como as tendências demográficas mencionadas e a crescente participação das mulheres no mundo do trabalho, mas também da mudança na concepção dos cuidados aos pais e aos idosos em geral (World Economic and Social Survey 2007).

À medida que as pessoas envelhecem, o seu nível de vida sofre, com frequência, uma queda. Com o envelhecimento, a redução de oportunidades económicas e a deterioração do estado de saúde agravam muitas vezes a vulnerabilidade dos idosos à

pobreza. Nos países desenvolvidos, as pensões constituem o principal meio de subsistência e de protecção dos idosos, enquanto, nos países em desenvolvimento, são poucos os idosos que têm direito a uma pensão, pelo que têm de encontrar outras fontes de rendimento.

Por outro lado, os idosos podem, frequentemente, contar com o apoio da família e da comunidade para sobreviver ou complementar os seus rendimentos. Neste aspecto, os idosos que são solteiros, viúvos ou sem filhos estão expostos a um risco maior de cair na pobreza. Por outro lado, as redes de apoio familiar podem não proteger plenamente os idosos da pobreza, pois estas redes também dispõem de rendimentos limitados, sendo muito difícil garantir rendimentos suficientes aos idosos quando a pobreza é geral. (World Economic and Social Survey, 2007).

Em Portugal, a situação é preocupante, na medida em que muitos idosos estão sozinhos e sem apoio social e as IPSS também não têm capacidade para acolher mais gente nos lares.

Há milhares de idosos que vivem sozinhos, sem protecção da família nem cuidados básicos e nem sequer estão sinalizados pela rede social, não beneficiando assim de qualquer apoio. Mas para os que procuram um lar, o Estado também não tem resposta, pois, segundo a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social estima-se que haja 15 mil pessoas em lista de espera.

Por outro lado, para acolhimentos temporários, as solicitações das famílias são cada vez maiores, nomeadamente em tempo de férias, embora para estes casos nem sequer exista qualquer hipótese, pois a esmagadora maioria das IPSS não disponibilizam este tipo de serviço, podendo a resposta ser encontrada nos privados, não saindo barata, pois a maioria não precisa apenas de alojamento, mas de cuidados de saúde específicos.

O abandono nas alturas festivas resulta muitas vezes na morte dos mais frágeis, não estando o problema somente no frio e nos problemas de saúde que se agravam com ele, mas igualmente numa simples queda não socorrida a tempo que pode resultar na morte. Nestas alturas o problema é um misto de vários factores: solidão, falta de cuidados básicos de alimentação e de enfermagem, dificuldades de locomoção ou de visão e ainda muita tristeza, sendo no Natal que mais se agrava este sentimento, em que alguns idosos se sentem ainda mais rejeitados pela família.

Segundo a Cáritas, existem situações graves, pois as pessoas desistem, deixam de comer, de se levantar da cama, algumas suicidam-se, existindo casos dramáticos de pessoas que não são sinalizados porque elas próprias escondem até ao limite, tratando-se assim de uma pobreza envergonhada, existindo um enorme espírito de sacrifício de muitos idosos que recusam queixar-se, mesmo quando são abandonados pelos filhos e netos.

Em Lisboa, as carências da terceira idade não são apenas realidades em bairros antigos e degradados. Em zonas como Alvalade, há famílias que tiveram um bom nível de vida e que ainda hoje têm boas casas, mas cujos donos não têm dinheiro para comer, sendo que muitas vezes os amigos e familiares nem sabem das dificuldades, pois aqui o importante é manter o status social adquirido há muitos anos. No interior do país esta realidade é bem diferente, pois aí as redes sociais formais e informais funcionam muito bem atenuando este tipo de problemas existente na capital do país e suas zonas metropolitanas.

Mas este não é só um problema de pobreza nem de falta de recursos financeiros, pois existem pessoas que têm relações cortadas com os familiares mais próximos vivendo fechadas em si. Os casos de saúde mental são também cada vez mais preocupantes porque para doentes com *Alzheimer* ou *Parkinson* quase não existe resposta na rede pública.

Embora o número de idosos apoiados pelos serviços sociais tenha vindo a crescer, seja através da rede de cuidados continuados, dos lares ou do apoio domiciliário, constata-se que ainda não temos uma verdadeira política de apoio à família, motivo pelo qual, segundo Eugénio Fonseca, Presidente da Cáritas, a solução tem de passar pela recuperação das relações de vizinhança e de proximidade.

Em Portugal, há um milhão e trezentos mil idosos que vivem com a pensão mínima, que não chega aos 420 euros, pelo que muitos necessitam de outras ajudas para sobreviver. O Banco Alimentar contra a Fome apoia, actualmente quase cem mil idosos, através de cabazes mensais ou de refeições servidas nas instituições.

Já existem muitas instituições de solidariedade social que prestam apoio domiciliário, consistindo esta ajuda em cuidados de higiene e apoio alimentar, mas também em certos casos, de enfermagem.

No que respeita às Instituições de Solidariedade, as dificuldades são maiores, pois os lares das IPSS não conseguem dar resposta à procura, tendo como já referido

listas de espera de cerca de 15 mil pessoas. Aqui os utentes pagam uma mensalidade em função dos seus rendimentos, sendo uma parte dos custos suportada pelo Estado (370 euros por idoso).

Assim, por vezes o mais simples torna-se mais complicado, ou seja arranjar uma rede de suporte e acompanhamento diário ao idoso entre os seus familiares mais directos, filhos e netos, pois as famílias pequenas, com vidas profissionais exigentes e relações pessoais complexas, têm muita dificuldade em apoiar os seus familiares mais idosos.

## 2 – SUICÍDIO - PERCEPÇÃO SOCIAL E DIVERSIDADE DE ORIENTAÇÕES TEÓRICAS

### 2.1. Suicídio e tentativa de suicídio

A palavra suicídio tem a sua origem no latim e deriva da composição de dois termos: *sui* de si mesmo, e *cidium*, matar, ou seja matar-se a si mesmo.

Existem várias definições com perspectivas teóricas e conceptuais que contemplam vários domínios como por exemplo o sociológico, psicológico, filosófico, psiquiátrico e legal, algumas com pontos comuns mas no essencial completando-se.

Para Emile Durkheim (1897), o suicídio assenta numa matriz fundamentalmente social e as suas teorias desenrolam-se no pressuposto da importância do fenómeno colectivo sobre o individual no que respeita ao suicídio.

Durkheim (1897), define o suicídio como todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia dever produzir esse resultado.

Na realidade, a sua formulação contempla todos os elementos essenciais para a definição do suicídio, ou seja, a existência de suicídio apenas se a morte ocorrer, o facto de ter que ser praticado pelo próprio, ser activo ou passivo e finalmente a existência de intencionalidade em terminar com a própria vida.

O conceito de para-suicídio é definido como um acto cometido deliberadamente que pode potenciar o gesto suicida, mas que não conduz à morte (Saraiva, 1999). Enfatizando, diremos que para-suicídio é um acto não fatal protagonizado por um indivíduo sem a intervenção de outrem que deliberadamente provoca a auto-lesão ou ingere uma substância em sobredosagem.

Embora constituam realidades diferentes quer ao nível conceptual quer epistemológico, o suicídio e o para-suicídio são fenómenos correlacionáveis verificando-se que mais de um terço dos suicídios apresentavam uma história prévia de comportamentos suicidários, sendo considerado por muitos investigadores, que a existência de uma tentativa prévia de suicídio é a melhor previsão de nova tentativa de suicídio.



Considera ainda aquele autor que para um estudo sociológico do suicídio há utilidade em classificar as suas causas tendo estabelecido a existência de três tipos de suicídio: egoísta, altruísta e anómico.

No suicídio egoísta as relações entre o indivíduo e a sociedade estariam supostamente enfraquecidas e fragilizadas com consequências ao nível da sua integração colectiva, proporcionando desta forma uma possibilidade de suicídio mais elevada. Em determinadas sociedades e religiões o forte poder de coesão e integração social funcionariam então como um elemento protector do suicídio.

Pelo contrário, no suicídio altruísta a individualização insuficiente e a excessiva dependência em relação à sociedade levariam a que o suicídio se tornasse um imperativo de dever perante a colectividade. O autor refere, entre outros, o suicídio dos militares por questões de honra perante as derrotas bem como o de pessoas face à humilhação da família.

A visão sociológica, que serve de suporte e valida as teorias sobre a importância da coesão social e integração social na morbilidade e mortalidade dos comportamentos suicidários, aplica-se também à ideia de suicídio anómico que era explicado com base na relação entre o poder regulador da sociedade e o indivíduo. As crises económicas, os seus efeitos negativos e a dependência individual relativamente a esse excessivo poder regulador social explicavam neste caso as taxas de suicídio elevadas.

Edwin Shneidman (1979), um dos mais consistentes investigadores da suicidologia, realçou a necessidade de uma abordagem global, multifactorial do estudo dos comportamentos suicidários, ao mesmo tempo que chamou a atenção para a sua complexidade.

Shneidman estabelece uma perspectiva multidimensional e uma visão panorâmica sobre os vários factores de ordem psicológica implicados nos comportamentos suicidários mais de acordo com a ideia da possibilidade da existência de um *continuum* relativamente à suicidalidade.

Determinados estados emocionais vivenciados como uma dor intolerável podiam então ter no suicídio a sua resolução pondo termo a esse mesmo sofrimento.

Este processo seria emotivo e gradual podendo iniciar-se numa ideação suicida ligeira que poderia eventualmente evoluir para uma maior consistência e determinação para o suicídio através de uma planificação cuidadosa.

Esta evolução seria condicionada por vários factores designadamente factores de predisposição como os genéticos, biológicos e de personalidade, factores de risco relacionados com o meio ambiente e a psicopatologia, factores de natureza protectora mais propriamente a capacidade de regulação emocional e a flexibilidade cognitiva e ainda factores precipitantes como a disponibilidade de métodos de suicídio ou acontecimentos disruptivos recentes.

O modelo psicológico de Shneidman tem em atenção o indivíduo e as circunstâncias próprias do mesmo, mas depara-se com dificuldades conceptuais resultantes da complexidade dos comportamentos suicidários.

Catherine Le Galès Camus (2004) refere que “ por cada morte que ocorre por suicídio há que ter em conta a enorme repercussão que o facto tem nos familiares e amigos, cujas vidas ficam destroçadas sob o ponto de vista emocional, social e económico”, referindo igualmente que “O suicídio é um problema trágico e universal, de saúde pública. No mundo inteiro, morrem mais pessoas devido a suicídio do que o número combinado de homicídios e vítimas de guerra. Há uma necessidade urgente de estabelecer esforços globais coordenados e intensificados para prevenir esta tragédia desnecessária”.

Christopher Cantor (2000) salienta que o suicídio e as tentativas de suicídio não são uma doença, mas sim uma forma de comportamento cujas causas se têm vindo a compreender.

Para estes autores o suicida pretende libertar-se de estados emocionais internos muito penosos para si (angústia, depressão, aborrecimento, culpabilidade) e de problemas externos que sente como: inevitáveis, intermináveis e intoleráveis.

As causas do suicídio, refere Danute Wasserman (2001), são complexas e não há uma explicação simples para este fenómeno. De facto há muitas pessoas que sofrem de perturbações mentais de vários tipos, revelam transtornos da personalidade e, não obstante, não tentam pôr termo à vida. A propensão para o suicídio, refere aquela autora, tem fascinado muitos investigadores e têm surgido vários modelos que tentam explicar as origens do comportamento suicida.

Torna-se por isso importante, a respeito do suicídio e das tentativas de suicídio, conhecer as causas, identificar os sinais de alerta, estabelecer programas de prevenção e de tratamento. É imprescindível conhecer em que ambientes sociais vive este tipo de pessoas, que problemas confrontam que as leva ao desespero, quais são as suas

características psicológicas e psico-patológicas e qual é a associação que se estabelece entre as tentativas de suicídio e o suicídio. Uma avaliação correcta e adequada de cada caso propicia a que sejam estabelecidas as formas de abordagem mais convenientes e os cuidados a instituir no seguimento.

No século XIX verifica-se a destruição do que os três séculos anteriores tinham de forma lenta e difícil conseguido obter, isto é, o reconhecimento do suicídio como um facto pertencente à sociedade que deve ser abordado sem preconceitos, que é sem dúvida um acto trágico mas que precisa de se compreender sem o condenar à partida.

Em 1838, Esquirol refere que durante o acto suicida existe sempre um estado mental alterado contudo este pode ser apenas o produto de uma breve sobrecarga emocional e portanto nem sempre é patológico, isto é, nem sempre é prova de uma doença mental. Esta visão contrapõe-se à “visão psiquiátrica do suicídio” que o considerava como resultado de uma doença mental.

Em 1897 Emile Durkheim publica o seu estudo sociológico sobre o suicídio e neste defende que o suicídio resulta de falhas na integração social do indivíduo. Da sua análise ressalta que somente em certas condições sociais é possível ao indivíduo alcançar um equilíbrio psicológico que lhe permita superar as dificuldades da vida de forma racional e equilibrada.

Todas estas explicações e tantas outras, que em si mesmas se completam mais do que se contradizem valorizam a complexidade do acto suicida.

Assim, a complexidade dos comportamentos suicidários leva a que tenhamos que os equacionar de forma mais abrangente muito para além da visão psiquiátrica, designadamente no que respeita aos factores de risco.

A valorização de determinados contextos, acontecimentos e experiências emocionais que envolvem uma grande angústia, a par de determinadas características do temperamento e da personalidade, pode ajudar a perceber os comportamentos suicidários.

A vulnerabilidade biológica, os factores de ordem genética, o meio psicossocial, as características da personalidade e a psicopatologia são factores a ter sempre em consideração nos comportamentos suicidários.

O suicídio é um claro exemplo de interacção entre factores sociais e culturais. As perturbações mentais e o abuso de substâncias, os antecedentes traumáticos na infância e na idade adulta, os fenómenos de rejeição, o isolamento social, as

dificuldades económicas, as perdas e conflitos relacionais e os traços de personalidade individuais, como a impulsividade, todos estes factores podem aumentar o risco de suicídio.

Historicamente, existem vários exemplos da associação entre o suicídio e a integração ou coesão social. Em termos gerais, as comunidades com maiores índices de coesão social parecem ser mais saudáveis, sendo caracterizadas pela existência de uma confiança e respeito mútuos entre os diversos estratos da sociedade, pela existência de relações comunitárias com elevados níveis de participação nas actividades públicas, num contexto igualitário que promove a integração e a comunhão.

De uma maneira geral, podemos dizer que os indivíduos que vivem em zonas de baixa integração social, parecem correr maior risco de suicídio. A natureza dos vínculos familiares também pode influenciar a probabilidade de suicídio, sugerindo alguns autores que a unidade familiar tem uma relevância central na compreensão dos comportamentos auto-destrutivos.

As pessoas que mantêm relações próximas com os outros lidam melhor com vários factores de stress, como o luto, o desemprego e a doença física e conservam um melhor estado de saúde geral, reflectindo a importância do apoio social, directo e indirecto. O suicídio ocorre mais frequentemente nos que estão socialmente isolados e que não têm o apoio da família e dos amigos, ou de qualquer outra rede de apoio social. O aumento proporcional das taxas de suicídio no idoso, em particular nos países latinos, nos anos mais recentes, tem acompanhado uma redução quase paralela das mesmas taxas nos países anglo-saxónicos. É possível que estas variações estejam relacionadas com diferenças na posição menos favorável do idoso nos países latinos, talvez devido a uma fragmentação da estrutura familiar e a uma consequente diminuição do apoio social espontâneo. Os planos de reforma mais favoráveis nos países anglo-saxónicos, podem constituir outro factor explicativo para estas diferenças.

As redes de apoio social, as interações e as estruturas sociais, influenciam as atitudes, as crenças e os comportamentos das pessoas. O que é importante é que os indivíduos façam realmente parte da comunidade. A não subordinação à vida do grupo, pelo contrário, favorece o isolamento e constitui, um factor de risco suicida.

### 2.2. O Suicídio numa perspectiva Histórica e Multidimensional

A morte é um acontecimento inexorável e coloca o homem perante um mistério: a sua vida tem um limite temporal. A morte assume um papel paradoxal, o de tornar a vida inteligível; de facto se esta não tivesse limite temporal, as acções humanas não teriam sentido.

As religiões ofereceram, ao longo dos tempos, diferentes explicações para a realidade mortal do homem, exprimindo anseios e certezas de diferente espécie acerca do “para lá” da nossa vida. O tratamento de um tema como a morte conduziu sempre ao problema nuclear da liberdade perante a mesma, fosse para afirmá-la ou para negá-la.

As dimensões morais e humanitárias implicadas no cada vez mais complicado processo de “deixar de ser” estruturam-se de acordo com o pensamento filosófico que a cultura ocidental criou, ao meditar sobre o significado da vida e da morte. Assim, parece ser oportuno, iniciar a reflexão acerca do suicídio através de uma incursão sobre alguns dos marcos históricos, sociológicos e filosóficos relativos à morte voluntária, desde a antiguidade Grega até aos nossos dias.

No pensamento grego não se podem deixar de referir os dois pensadores que mais marcaram o pensamento ocidental: Platão e Aristóteles. Eles consideram o Homem acima de tudo como um ser social, inserido numa comunidade. O indivíduo não deve, portanto, raciocinar em função do seu interesse pessoal mas sim ter em conta os seus próprios deveres para com a divindade que o colocou no seu posto (Platão) ou para com a cidade em que tem um papel a desempenhar (Aristóteles).

A originalidade de Platão radica no facto de conceber a filosofia inspirada no “cuidado de “ ou “preparação para” a morte; com ele inicia-se uma concepção que será reiterada durante séculos, ainda que com diversos matizes. Para si existem apenas três excepções nas quais o suicídio não é condenável: a condenação por ordem da Cidade, a doença dolorosa e incurável e um destino miserável. Para todos os outros casos devem existir penas para aqueles que se matam a si próprios.

Para Sócrates, não existe nenhuma excepção que justifique o suicídio; o atentado contra a própria vida constitui uma desonra pessoal e sobretudo um delito contra a Cidade.

De uma forma geral, na antiga Grécia, um indivíduo não se podia matar sem prévio consenso da comunidade porque o suicídio constituía um atentado contra a estrutura comunitária. Neste contexto, o suicídio era condenado politicamente ou juridicamente e eram-lhe recusadas as honras de sepultura regular.

Durante o século II a.C. os romanos entraram na vida dos gregos, sendo a civilização romana a mais favorável ao suicídio. No entanto, tal como na Grécia antiga, o mundo romano está longe de se mostrar unânime diante deste problema e aparecem muitas variações conforme as épocas, as categorias sociais e os meios políticos. Desde as suas origens a sociedade romana está dividida entre a hostilidade para com o acto anti-social e a admiração por essa manifestação de liberdade do indivíduo, que lhe permite escapar aos abusos dos mais fortes e ao poder tirânico. No entanto, no mundo romano, duas categorias sociais estão impedidas de praticar suicídio, por evidentes razões de interesse económico e patriótico: os escravos e os soldados. No primeiro caso o suicídio é considerado como um atentado contra a propriedade privada, enquanto que no segundo estão previstas penas contra aqueles que sobrevivem a uma tentativa de suicídio por deserção. Mas, para os homens livres, não existe nenhuma interdição legal para o suicídio. Não considerando a vida como um dom dos deuses nem um direito do homem, o romano livre pode dispor-se ao suicídio de acordo com a sua vontade.

Para o romano da época imperial cada um pode livremente escolher a sua morte. Todos os suicídios são permitidos excepto no caso dos acusados e dos condenados que desejem evitar a confiscação dos seus bens à sua família. A popularidade do estoicismo nas classes abastadas da época contribui para banalizar esse gesto fatal.

A atenção incide também, em face da sua originalidade, sobre outro tipo de morte voluntária presente no mundo romano: o suicídio por desgosto da vida. Este tipo de morte voluntária parece estar ligado a certas crises de civilizações, a momentos de grave agitação nas mentalidades colectivas e do pôr em causa os valores tradicionais, as certezas morais e as verdades estabelecidas nos domínios religioso, científico e intelectual. Claro que este tipo de suicídio está ligado a uma minoria intelectual e à reflexão dos destinos da humanidade que conduz sempre a um pessimismo radical sobre a natureza do homem.

De uma forma geral, tanto para os gregos como para os romanos, o suicídio era encarado como um acto de vontade. Nestas culturas a vergonha desempenha um papel fundamental.

Por exemplo, terminar a própria vida após uma derrota era a única forma de recuperar o respeito dos outros sendo tais mortes inclusivamente alvo de obras de arte e monumentos evocativos de grandes batalhas e conquistas. Sob a palavra latina *pudor* surge o principal argumento na lista de motivos com desculpa para a morte auto-inflingida, segundo os peritos romanos em leis, o que reflecte o senso comum da época.

No início da decadência do Império Romano, depois das reflexões platónicas sobre a preparação para a morte como tarefa específica do filósofo encontramos o relevante pensamento de Séneca, que atribui extrema importância à valentia do homem sábio ante a morte, considerando o suicídio como uma prova de fortaleza moral, como o pôr em prática a suprema liberdade que se concedeu à linhagem humana, isto é, a capacidade de sair de uma situação que considera indigna e imprópria da sua razão.

Mas a saída deste mundo através do suicídio é exposta por Séneca como resultado de circunstâncias extremas. É a combinação da honra e da suprema liberdade que encara o suicídio como um acto moral e inclusivamente magnânimo, e nunca como uma atitude de cobardia ou desespero. Em vez de desejar desesperadamente viver, o sábio é consciente que em determinadas circunstâncias nas quais está em jogo a liberdade do homem e a sua grandeza moral, será preferível suicidar-se. Contudo, não é justificável o suicídio em circunstâncias tais como: o medo da morte, as doenças curáveis ou as dores suportáveis. O homem deve saber viver e morrer com firmeza e serenidade. Igualmente o homem sábio deve saber discernir se a sua vida ainda pode ser útil aos demais. Portanto, para Séneca o valor supremo do suicídio em casos extremos radica não em que seja um acto arbitrário de soberania humana ou de gratuita liberdade mas sim um acto moral numa situação extrema em que se tem de demonstrar a si próprio e aos demais que não vale a pena agarrar-se à vida, pois ela não é o valor absoluto. Em geral, os suicídios a que alude Séneca são heróicos e apresentam-se como defesa da liberdade, das leis e do compromisso político.

Na altura em que o Império Romano se começou a desagregar e perante a pressão bárbara sobre um império em decadência, as autoridades civis tornam-se cada vez mais usurpadoras e desejando pôr termo às evasões fiscais dos suspeitos que se matam antes da própria acusação, reforçando o controlo do Estado sobre o livre direito de morrer. O suicídio sem uma razão válida pode ser motivo de sanção e aquele que casar com a viúva de um suicida será punido. Assim, mesmo antes da grande expansão

do cristianismo e por razões estranhas às suas, a condenação do suicídio instala-se progressivamente no Império Romano.

Durante a Idade Média, a prática de morte voluntária, tem contornos diversos conforme as próprias categorias sociais. O camponês e o artesão enforcavam-se para escapar à miséria e ao sofrimento, por sua vez o cavaleiro e o clérigo deixavam-se morrer para escapar à humilhação e frustrar o infiel com o seu triunfo, respectivamente. A moral dominante, que era a da elite, sancionava esta diferença de motivos e de meios. O primeiro tipo de suicídio era assimilado como um acto de desespero, cobardia e de fuga praticado por um pecador. O segundo tipo, considerado como acto corajoso de acordo com a honra cavaleiresca ou como manifestação de uma fé inabalável até ao martírio, era apontado como modelo. A sociedade medieval, dirigida por uma casta militar e sacerdotal, mostra-se assim, de acordo consigo mesma e ergue como norma moral o ideal cavaleiresco e a busca do sacrifício cristão.

A Idade Média revela assim uma visão matizada do suicídio, muito longe de uma condenação única. Mais do que um acto em si mesmo o que importa são os motivos, a personalidade e a origem social do suicida. A Igreja “herda”, assim, uma situação hesitante no que diz respeito à morte voluntária e os seus intelectuais prolongarão o debate que se torna mais complexo devido à questão do martírio voluntário. O novo testamento através do qual o cristianismo se diferencia do mundo judaico, não aborda directamente este assunto. Assim, o cristianismo nasce e desenvolve-se numa atmosfera ambígua, que considera a vida terrena repleta de provações; esta visão chega a originar a aspiração à morte como forma de aproximação a Deus e à vida eterna.

Na verdade, a principal inovação da Idade Média é a condenação do suicídio e as raízes desta posição encontram-se na antiguidade clássica.

No século IV, quando a Igreja se tornou dominante, a luta contra certas correntes heréticas desencadeou um endurecimento das posições doutrinárias e disciplinares da Igreja; o princípio de rejeição do suicídio tomou forma e o suicídio foi equiparado ao homicídio. Desde o ano de 348, o Concílio de Cartago condena a prática de morte voluntária. O endurecimento é ainda mais nítido com Santo Agostinho (345-430), que no seu livro “*A Cidade de Deus*” enuncia a doutrina rigorista que vai definir a posição da Igreja daquela época. Este autor considera que a misericórdia de Deus é infinita para aqueles que querem aceitar mas os que a rejeitam cometem o terrível pecado do



desespero. Assim, a reprovação do suicídio vai-se reforçando durante os primeiros séculos da era cristã até que é totalmente condenado no século V. A partir das reflexões sobre a desonra e o medo da dor corporal, Santo Agostinho formula um dilema moral que também os estóicos romanos (Séneca) analisaram: a justificação moral do suicídio. Ele parte do facto que algumas mulheres se suicidavam para evitar a violação, o ultraje seguro que as esperava e considerava que estas deviam ser desculpadas. No entanto, inspirando-se na Escritura, refere que não existe nenhuma passagem em que se permita o suicídio, nem sequer para nos libertar ou evitar algum mal. Assim, com o propósito de desencorajar o suicídio defende que a virgindade não se reduz a um estado físico, uma vez que é essencialmente uma condição moral, sendo possível perdê-la fisicamente mas não moralmente. Não havendo consentimento, a mulher está inocente e portanto não está desonrada. Este argumento marcaria no Ocidente as pautas culturais relativas ao suicídio.

Todos os casos de suicídio consciente eram atribuídos a uma causa precisa (como a fome, a doença ou a ruína) provocando um excesso de sofrimento físico e moral. No século XIII era inconcebível que um ser sadio de espírito pudesse considerar que a vida não valia a pena ser vivida. O suicídio surge, nesta época, como um acto desumano que apenas se pode explicar pela intervenção directa do diabo ou pela loucura. No primeiro caso o homem é vítima do desespero diabólico contra o qual a igreja oferece auxílio através da confissão, e aquele que apesar dessa ajuda se deixar sucumbir, está destinado ao inferno. No segundo caso o infeliz não é responsável pelo seu acto e por isso pode ser salvo, razão pela qual o argumento da loucura foi largamente utilizado.

Para os católicos o suicídio continua a ser um acto diabólico, aliás, reforça-se a explicação medieval da morte voluntária por desespero. A severidade do mundo protestante não é menor. Para Lutero o suicídio é um crime cometido directamente pelo diabo sobre um homem e Calvino reitera a interdição ao suicídio, como todos os teólogos e moralistas protestantes.

O direito e a prática judicial que dizem respeito ao suicídio mudam pouco durante os séculos XIV/XV. A nobreza e o clero escapavam quase sempre às sanções pois de forma sistemática se concluía pela loucura e o defunto era sepultado de acordo com os rituais cristãos.

O suicida não tinha direito aos rituais religiosos, o seu cadáver era castigado publicamente, o seu corpo arrastado de cabeça para baixo pela cidade, podendo ser exposto nu ou queimado e transportado em escárnio. A sua memória era difamada e, os seus bens confiscados. Os suicidas eram igualados aos ladrões ou assassinos e o Estado e a Igreja tudo faziam para combater os suicídios. O suicídio era, então, castigado mais gravemente que o crime de um terceiro.

Santo Agostinho considera a morte pelo próprio como um pecado mortal, com ele perde-se o conceito tradicional do suicídio por vergonha e surge como expressão de culpa. Defende que não se deve falar, como pretendiam os estóicos, em fortaleza de ânimo como virtude moral própria do homem sábio, mas sim de cobardia e nula capacidade de afrontar os males inerentes a viver, adoecer e envelhecer.

Durante a Idade Moderna (1453-1789) colocaram-se em causa todos os valores vigentes, tendo Michel de Montaigne feito uma escolha explícita pela autonomia humana mas, para ele, o suicídio não é verdadeiramente justificado, a não ser em casos de extrema necessidade, na dor física intensa e incurável ou para se evitar uma morte tormentosa. Para Montaigne é também justificável matar-se para evitar a violação. Este pensador defende que em determinadas ocasiões, certamente extremas nas quais está em jogo alguma virtude moral, é lícito o suicídio.

O ocaso da concepção demoníaca do suicídio é acompanhado do nascimento da ciência experimental. Certos intelectuais do renascimento começam a analisar o processo psicológico que desencadeia o suicídio; inicia-se assim o abandono das explicações sobrenaturais e demoníacas da loucura e o suicídio começa a ser encarado como o resultado de uma doença. Vários médicos e outros estudiosos escrevem acerca das causas para os comportamentos suicidários atribuindo-os a causas como a propensão à melancolia em regiões insulares ou a condições geográficas e climáticas desfavoráveis. Para lá das causas fisiológicas, todos os excessos de paixões ou actividades físicas e mentais são encarados como fenómenos que perturbam o cérebro e podem dar origem a melancolia e mania suicidária. O desespero entendido como pecado mortal encerra uma noção moral; por sua vez a melancolia, com o correr do tempo viria a designar uma condição psicológica que correspondia a uma alteração cerebral.

O precursor das interpretações científicas dos actos suicidas foi um médico e cientista inglês, Robert Burton (1577-1640), que expressaria a sua concepção num célebre ensaio *Anatomy of Melancholy*. Este aponta causas para os transtornos

psíquicos e indigna-se com os tratamentos baseados nos exorcismos e em práticas astrológicas. A melancolia é encarada como um despoletador do suicídio; referindo na sua obra que o balanço dos quatro fluidos do corpo pode conduzir a uma tendência à auto-destruição quando existe um excesso de bile negra.

Montesquieu (1689-1755) considera que ao cometer suicídio apenas se usa um direito que nos é dado. O autor evoca o problema do suicídio sob ângulos diferentes: critica vigorosamente a repressão judiciária do suicídio e esforça-se por demonstrar que o suicídio não causa mal nenhum à sociedade nem à providência e portanto não é um delito. Defende o suicídio como o efeito de uma doença que deriva de estados físicos e analisa as razões que levam os indivíduos ao suicídio em certas civilizações, exigindo a abolição da repressão desse acto.

Contudo, a contribuição mais preponderante da literatura filosófica favorável ao suicídio é o tratado de David Hume, publicado em França em 1770. As suas três partes são consagradas a demonstrar que o suicídio não contradiz os deveres em relação a Deus, ao seu semelhante e a si mesmo.

David Hume (1711-1776), refere não haver nenhuma passagem bíblica que explicitamente condene o suicídio e faz um ataque frontal ao argumento de que matar-se a si próprio é alterar a ordem estabelecida por Deus. Este autor apela ainda ao direito individual de autonomia para avaliar se a vida tem algum valor para a sociedade.

O filósofo refere-se ao argumento do suicídio como violação da lei natural instituída pela providência divina argumentando: se o dispor da vida fosse um direito exclusivamente divino tão criminoso seria o homem que actuasse para destruí-la como aquele que intercedesse para conservá-la. Em contrapartida, se a vida pertence ao indivíduo este poderá dispor dela livremente.

No que se refere ao argumento da vida concebida como propriedade divina, Hume questiona como pode ser possível conciliar a providência divina com a liberdade humana. Assim, conclui que a vida não deve ser considerada como propriedade divina mas como um bem que Deus nos confiou.

No final do século XVIII o sentimento dominante em relação ao suicídio é o de piedade. Familiares e amigos insistem sobre os sinais de loucura, que chega a ser explicitada pela influência da lua admitindo-se, na altura, que era possível ficar “doido de espírito” nas fases crescentes da lua.

Os tribunais por seu turno, já não condenam o acto do suicídio, mas unicamente a conduta do indivíduo em relação ao seu grupo social. Apenas os suicídios por parte dos criminosos, marginais ou vagabundos que se matam para fugir à justiça são condenados. Para os outros, os tribunais zelam pelo respeito das regras de herança, da boa reputação familiar e dos elementos de estabilidade social. Assim as sanções sobre o cadáver vão desaparecendo progressivamente, no final do século XVIII e início do século XIX.

Na Idade Contemporânea, na altura em que se inicia a Revolução Francesa e surge a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), o debate europeu sobre o suicídio está no auge e reflectem-se aí duas orientações maioritárias: por um lado, o suicídio é considerado como a consequência de um acto de loucura que torna o autor irresponsável; por outro lado, quaisquer que sejam as causas do suicídio e o grau de responsabilidade da vítima, as sanções revelam-se inúteis e injustas. De forma maioritária, a morte voluntária é considerada um acto nefasto.

Os filósofos põem em evidência a necessidade de se estudar as causas do suicídio através da medicina, da psiquiatria, da sociologia e da política. Assim a responsabilidade do indivíduo dilui-se num conjunto complexo e o “criminoso” transforma-se numa vítima da sua fisiologia cerebral, dos acontecimentos infelizes que atingem os seus parentes, da atitude do próprio meio que contraria os seus amores ou a sua afectividade, de uma organização política e social que o conduz à miséria e ao desespero. No fim do século XVIII, passados quinze séculos de cristianismo, os sobressaltos políticos e as mudanças de situação, num clima de violência, explicam a ocorrência de vários suicídios da classe política.

Assume-se que um terceiro nunca poderá conhecer totalmente as razões ou compreender completamente o que leva alguém a cometer o suicídio e se tal não é possível muito menos julgá-lo.

O século XX conheceu um contributo importante das ciências humanas que assentam sobre grandes estudos estatísticos. Apesar dos vastos dados epidemiológicos e das constatações de que os suicídios têm traços comuns, nem todos são iguais. A maior parte são em pessoas mais velhas, mas um número considerável acontece em jovens. A maior parte são homens mas também existem suicídios em mulheres. Uma parte substancial tem uma doença mental reconhecível, mas isso não se passa em todos os casos. Por outras palavras, a variabilidade é muito grande, o que se compreende tendo

em conta os numerosos factores envolvidos no suicídio (sociais, culturais, filosóficos, económicos, biológicos e psicológicos).

Na difícil mutação de valores a que assistimos, o que ao longo dos séculos se reflectiu acerca da morte, do suicídio e da dor pode, de facto, converter-se em foco iluminador da reflexão acerca dos conflitos gerados perante o morrer humano provocado.

### **2.3. Principais contributos teóricos**

O suicídio está descrito como um dos maiores problemas de saúde pública e a sua taxa de prevalência aumenta na segunda metade da vida do Homem, em diferentes países e culturas, contribuindo para uma proporção significativa da mortalidade total.

O comportamento suicida compreende o suicídio consumado, a tentativa de suicídio e, na sua forma mais ligeira, a ideação suicida (Ferreira de Macedo, 2002).

A ideia de morte baseia-se numa vontade superior de morrer em detrimento da de viver (Duberstein, 2000). Na terceira idade, a ideação suicida é mais frequente a partir dos 60 anos, sendo o suicídio consumado mais frequente (Olfson, 2000).

A incidência das tentativas de suicídio e os suicídios em si, têm demonstrado tendências opostas no que concerne à idade: a incidência do suicídio aumenta com o avanço da idade; as tentativas de suicídio tendem a diminuir, atingindo uma incidência bastante baixa na terceira idade (De Leo & Dieskra, 2001).

É também consensual que a taxa de tentativas de suicídio é mais elevada nas mulheres jovens, e de que os homens mais velhos correm maior risco de consumarem o suicídio.

Segundo De Leo e seus colegas (2001) na Europa, com o avançar da idade, a taxa de tentativas de suicídio tende a ser similar tanto nos homens quanto nas mulheres, enquanto que a taxa de suicídio consumado nos homens é o dobro da das mulheres. Estas taxas aumentam com a idade para ambos os sexos, precipitando-se esse aumento aos 75 anos (Kennedy & Tanebaum, 2000).

As taxas relativas às tentativas de suicídio e os suicídios consumados na terceira idade apontam para uma relação aproximada de 4:1. Na população geral, a relação é de 15:1 e de 200:1 nos indivíduos mais novos (De Leo, 2001).

Comparações entre as taxas de suicídio e de tentativas de suicídio, de acordo com a idade, sugerem que comportamentos cujo objectivo é manipular ou demonstrar auto-destruição ocorrem menos frequentemente nos idosos de idade mais avançada. Isto poderá indicar que os idosos de idade mais avançada estão determinados a cometer suicídio, esperando que o resultado seja de facto a morte. Esta indicação é reforçada pelos métodos letais que utilizam, pelas notas que deixam, pela avaliação psiquiátrica realizada e pela elevada taxa de suicídios consumados depois de uma ou mais tentativas, em comparação com o grupo dos idosos mais novos (Linnqvist & Ach  , 1985).

A crise somática pode ser assim um dos primeiros factores desencadeantes do suicídio e, de acordo com muitos psiquiatras, a doença, a perda de significado e nitidez do mundo dos valores, são também factores que levam ao suicídio. O homem vive hoje num estado de crise latente e permanente, de constante muta  o social e necessidade de adapta  o a novas regras, solicita  es e até mesmo valores. Esta adapta  o pode ser mais ou menos fácil, sendo que nos idosos é sempre difícil e demorada. Tal sentimento cria um desajustamento e um sentimento de exclusão que leva a uma situa  o de conflito, gerando graves crises depressivas, sendo esta faixa etária já bastante permeável    depressão.

Nos EUA (1999) o suicídio é a 11<sup>a</sup> causa de morte, particularmente nos indivíduos do sexo masculino, com mais de 65 anos (Binder, 2002), prevendo-se que venham a duplicar nos próximos 40 anos.

Por outro lado, pensa-se que as taxas de suicídio estejam subestimadas, pois os familiares não identificam os sinais de suicídio, chamando-lhes acidentes com frequência em vez de suicídios (Miller, 1978).

Os factores de risco que contribuem para o suicídio na terceira idade são significativamente distintos dos descritos para popula  es mais novas, sendo que o factor de risco mais identificado no comportamento suicida, na terceira idade, é o que adv  m das perturba  es do humor (em particular Depressão Major) quando relacionados com factores sociais, familiares e acontecimentos de vida (Beautrai, 2002).

Outros factores de risco são:

Doenças físicas – a maioria dos idosos têm pelo menos uma doença física ou incapacitante, como cancro, doença cardíaca isqu  mica, doença pulmonar cr  nica, úlcera e distúrbios prost  ticos (Quan, 2002).

História de doença ou perturbação mental – vários estudos apontam para a existência de uma prevalência superior a 90% de psicopatologia diagnosticada entre os suicídios consumados, de onde se destacam as doenças afectivas (Conwell, 2002).

Factores sociais – parece existir uma relação entre comportamentos suicidas e níveis limitados de interacção e suporte social (Beautrai, 2002). Um estudo realizado por Bartels (2002) revelou que o suporte social está fortemente associado ao aumento dos níveis de suicídio e ideação suicida. Assim, cada vez que o indivíduo tem a percepção da diminuição do seu suporte social ocorre um aumento progressivo da ideação suicida. A solidão está associada ao suicídio consumado e uma rede de contactos mais alargada pode representar directamente a redução da mesma. Ocorre portanto, uma diminuição da ideação suicida devido ao melhoramento das redes e suporte sociais.

No comportamento suicida estão ainda contemplados factores sócio-demográficos, onde o divórcio constitui o maior factor de risco, sendo este superior ao da viuvez (Pearson: 2002), familiares, de infância e acontecimentos de vida stressantes recentes, como problemas na relação com o companheiro, stress financeiro, etc. (Beautrai, 2002).

Assim, indivíduos com depressão e que tenham falta de esperança, como traço de personalidade, estão em risco acrescido de suicídio consumado, pois os indivíduos idosos vítimas de suicídio, apresentavam perturbações de personalidade (Durberstein, 2000).

### **3 – A ANÁLISE CONTEXTUAL DA CONDUTA SUICIDA: COMPLEXIDADE E O CARÁCTER COMULATIVO DOS FACTORES CONDUCENTES AO SUICÍDIO DOS IDOSOS**

#### **3.1. Factores individuais**

O homem suporta menos a solidão do que as mulheres, isto explica-se de uma maneira dedutiva, o homem trabalhou fora de casa, sempre teve imensos contactos sociais, saindo inclusive de uma forma natural à noite para estar com os amigos.

Depois de reformado, o homem limita-se a ir à taberna ou ao café e raramente tem mais alguma ocupação que o distraia, por isso, geralmente fica em casa, aborrecido,

interiorizando todos os pensamentos negativos, devido às dificuldades encontradas nesta fase da vida quer sejam elas económicas ou familiares.

Por sua vez, as mulheres, mesmo já reformadas, têm que se ocupar com as lides da casa, distraíndo-se mais, não interiorizando tanto o tipo de pensamentos negativos, até porque ao sair para adquirir tudo o que é necessário à casa, tem um maior contacto social.

Assim, quando o homem por algum motivo se vê impedido de fazer o que antes fazia, quando a vida para ele deixa de fazer sentido, quando deixa de ter autonomia sobre a própria vida, acaba por tomar uma decisão drástica, que é o de cometer o suicídio. O medo da doença, de ser incapaz de tomar conta de si mesmo, de se tornar dependente dos cuidados de terceiros, de ter uma morte com sofrimento, é mais assustador nas pessoas idosas do que o receio da morte voluntária e contribui para o surgimento das crises de suicídio.

Associado à doença está associada a perda do cônjuge, perda de um ser querido por morte ou por separação, que leva a crises depressivas e a uma grande solidão. Esta depressão é acompanhada em maior ou menor grau de um instinto e impulso auto-destrutivo e auto-agressivo, que se vai manifestar no acto suicida.

### **3.2. Factores familiares**

Durante muito tempo as famílias ocuparam-se dos seus familiares idosos sem apoio das entidades públicas. Embora as relações familiares se situem no domínio da vida privada de cada um, recentemente, a família é, objecto da política pública.

Segundo Karin Wall, as obrigações familiares têm sofrido alterações ao longo do tempo consoante os contextos sociais, económicos e políticos, distinguindo quatro períodos até ao Séc. XIX a assistência social estava ligada a instituições de caridade privada, em grande parte ligadas à Igreja e ordens religiosas, financiadas pela casa real, ainda no mesmo século e princípio do Séc. XX, a intervenção estatal surgiu como resposta às limitações das instituições privadas de protecção social. Todavia, a legislação sobre política social e as formas efectivas de protecção social asseguradas pelo Estado tiveram um lento desenvolvimento, continuando a funcionar, como formas



de protecção e assistência social, as instituições de caridade privadas ligadas à Igreja, as associações de ajuda mútua e as redes informais de solidariedade.

A Constituição da República Portuguesa desde 1976 assenta os seus princípios nos direitos fundamentais da pessoa humana, sem qualquer distinção, considerando invioláveis a vida humana e a integridade moral e física. Especificamente, no que concerne à família, no seu artigo 67º define o seguinte:

- A família, como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do Estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros.
- Incumbe, designadamente ao Estado para protecção da família:
  - a) Promover a independência social e económica dos agregados familiares;
  - b) Promover a criação e garantir o acesso a uma rede nacional de creches e de outros equipamentos sociais de apoio à família, bem como uma política de terceira idade;

No que diz respeito às pessoas idosas, em particular, o artigo 72º diz que “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.

A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade”.

Neste contexto, parece poderem encontrar-se os três elementos inerentes ao conceito de cidadania, nomeadamente o elemento civil (séc. XVIII), o elemento político (séc. XIX) e por fim, o elemento social da cidadania (séc. XX) (Mozzicafreddo 2002).

Se por um lado a sociedade em que o indivíduo está inserido condiciona o seu processo de envelhecimento, também a sociedade é influenciada pelo envelhecimento. A este respeito, refere Adelaide Brissos que “o contexto social em que o indivíduo envelhece determina se o processo de envelhecimento é uma experiência positiva ou não. Mas, o envelhecimento também afecta o contexto social, na medida em que o idoso é possuidor de determinadas características e experiências que implicam uma certa actuação por parte da sociedade” (Brissos 1992:16).

Atendendo às consequências que o fenómeno do envelhecimento representa para as sociedades, os cuidados aos idosos deixaram de ser um assunto essencialmente familiar e passaram a ser um dever social.

A preocupação com o envelhecimento surgiu com a tomada de consciência do crescimento acentuado da população de idosos, pois cada dia que passa avoluma-se o número de pessoas no escalão etário dos 65 e mais anos. Apesar disso a sociedade actual encontra-se envolvida numa teia de preconceitos sobre a velhice. Na nossa sociedade, em que é valorizada a capacidade de produzir, os idosos desempenham um papel sem grande significado social. A política de desenvolvimento que domina as sociedades industrializadas não encara o idoso como um investimento, pois este já não tem vida útil e produtiva pela frente (Netto 1999).

Tradicionalmente, a família é a responsável pela prestação de cuidados aos mais velhos. Este papel de apoio ao idoso vem desde a antiguidade, embora, devido aos condicionalismos sócio-económicos e culturais, assuma hoje formas diferentes.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), as estimativas com base nos resultados provisórios dos censos 2001, relativamente a Portugal, revelaram que em 32,5% das famílias clássicas, que representam 15,1% do total das famílias portuguesas, residia pelo menos um idoso e que as famílias constituídas apenas por idosos representam 17,5% do total das famílias.

A família é a estrutura social a que o Homem desde o início está ligado. É ela que lhe deveria proporcionar apoio enquanto idoso, apesar dos desafios que se enfrentam na sociedade actual. Qual será a posição da família relativamente ao idoso? Estará ausente física e afectivamente ou está presente mas com novas formas de solidariedade? A importância da ajuda familiar assume um papel preponderante nas políticas de apoio aos idosos. O apoio da família poderá ser a base da assistência aos idosos?

Contrariamente ao que é usual ouvir acerca da decadência da instituição familiar, “a família continua a ser a instituição significativa para o suporte e realização afectiva do indivíduo ... o consenso a respeito da satisfação e gratificação que ela transmite é quase absoluto entre novos e velhos, mulheres e homens, no campo e na cidade, em ricos e pobres, instruídos ou analfabetos, católicos praticantes ou ateus” (Pimentel 2001:81).

Ainda outros estudos vêm contrariar a ideia de enfraquecimento das solidariedades familiares, confirmando a importância da família e das relações de parentesco na vida dos idosos, embora com alterações no seu conteúdo e na sua regularidade, tanto ao nível afectivo, instrumental ou normativo.

A rede de suporte ao idoso no seio da família é a mais adequada. Neste sentido, é fundamental repensar o papel da família, no sentido da mesma assumir as suas responsabilidades para com os seus membros (Vieira 1996). Entenda-se rede de suporte social as pessoas, grupos ou instituições que prestam apoio, ou seja, o suporte social. Este auxílio pode ser material, afectivo, de informação, entre outros. Uma boa rede de suporte formal (instituições) ou informal (família, amigos e vizinhos) diminui a possibilidade de desintegração do idoso. Reforça a importância do espírito de solidariedade familiar que ultrapassa os limites da família e é extensiva aos amigos e vizinhança. Família, amigos e vizinhos detêm o papel afectivo de suporte informal ao idoso. Os vizinhos têm um importante papel, até porque por vezes estão mais perto do idoso do que a própria família. A sensibilização para a importância da rede de suporte informal de apoio ao idoso é um dos objectivos da Gerontologia (Vieira 1996).

O conceito e as formas de solidariedade constituem o tema central da obra de Émile Durkheim “Da Divisão do Trabalho Social”, considerando o autor que qualquer sociedade deve assentar numa solidariedade entre os elementos que fazem parte da mesma. Distingue duas formas de solidariedade: a solidariedade mecânica e a solidariedade orgânica (Durkheim 1977).

As sociedades primitivas caracterizavam-se por uma solidariedade mecânica, com estrutura indiferenciada com pouca ou nenhuma divisão do trabalho – solidariedade por semelhança, sendo organizada segundo critérios fisiológicos (idade, sexo, força...).

As sociedades mais modernas ou industriais caracterizam-se por uma solidariedade orgânica, que apresenta uma maior e mais especializada divisão do trabalho, solidariedade por complementaridade. A diferenciação entre os indivíduos é mais forte. A união da solidariedade orgânica reside no tipo de trabalho diferenciado – especialização das funções.

Luc Van Campenhoudt considera que Durkheim, ao reforçar a ideia de solidariedade, deixa perceber que uma sociedade não se pode manter como um agregado se apenas estabelecer contratos formais. A vida colectiva seria impossível sem

a existência de laços mais profundos entre os seus membros e em grande parte informais (Campenhoudt).

Num estudo realizado em Portugal, por Ana Paula Gil, sobre o circuito das trocas entre pais idosos, em relação de dependência com instituições, e os seus filhos adultos, salienta-se o predomínio dos afectos e dos bens materiais dos pais para os filhos e, em sentido oposto, o predomínio de cuidados instrumentais e de acompanhamento, essencialmente prestados pelo elemento feminino do grupo familiar (Gil 1998). Estas relações de parentesco têm subjacente a troca. Também Claude Lévi-Strauss evidencia a noção de troca, considerando-a um fenómeno de reciprocidade (Levi-Strauss 1982). Grande parte das relações inter-geracionais são baseadas na reciprocidade. Este parece ser um factor importante relativamente aos cuidados informais. Os filhos ajudam os pais que, por sua vez, já os ajudaram a eles.

Luísa Pimentel, no estudo que realizou, centrou-se nas relações inter-geracionais, mais concretamente, o lugar que o idoso ocupa no contexto familiar e nas redes de interacção, constatando que a experiência da institucionalização não é determinante na definição do tipo de interacção que se estabelece entre o idoso e a sua rede relacional (Pimentel 2001).

Os idosos estão conscientes de que os seus familiares não têm disponibilidade para lhes prestarem apoio, tentam mesmo desculpabilizá-los, justificando que não é por falta de vontade ou afecto, mas pela actividade profissional. Então, o recurso às redes formais impõe-se como alternativa. Contudo, a mesma autora, realçou que “apesar das dificuldades que as redes de parentesco enfrentam para garantir um apoio próximo e continuado aos idosos, os laços afectivos e as interacções mantêm-se com alguma intensidade” (Pimentel 2001:231).

Efectivamente, as relações inter-geracionais alteraram-se devido a determinados factores, entre eles, o acentuado envelhecimento demográfico, mobilidade geográfica, alteração dos papéis femininos, condições de vida precárias e o florescimento dos serviços de apoio ao idoso. Apesar disso, a família continua a ser o principal apoio ao idoso em relação aos cuidados directos, apoio psicológico e nos contactos sociais.

A par do envelhecimento da população, grandes são as transformações que ocorrem na sociedade, nomeadamente, ao nível da economia, saúde, trabalho, educação, entre outras, em que o contributo de todos os membros da família, incluindo o elemento feminino, é imprescindível. Este é um dos aspectos da necessidade de ingresso da

mulher no mercado de trabalho, para além da valorização pessoal. Pelo facto de estar mais tempo fora de casa, o seu papel tradicional de prestação de cuidados aos idosos tem de ser repensado.

Ana Paula Relvas refere que, há décadas atrás, a função da mulher na família era cuidar do marido, dos filhos, dos doentes e dos idosos. No entanto, actualmente e, sobretudo nas sociedades ocidentais, esta imagem da mulher na família parece estar desactualizada. Todavia, isto não significa que a mulher se tenha libertado do seu papel tradicional na família. Segundo a mesma autora, as estatísticas parecem confirmar que a mulher continua a ser a principal prestadora de cuidados na velhice e na doença, tanto dos seus familiares consanguíneos como por afinidade (Relvas 2002).

O dever de cuidar dos idosos advém do dever de respeito e dos laços de afecto e é, sem dúvida, uma das manifestações mais típicas das normas de convivência colectivas de uma sociedade rural. Engloba também os deveres filiais de sustento e os deveres de solidariedade dos vizinhos em situações de necessidade. As instituições formais de acolhimento aparecem como último recurso.

Existem estudos, que sugerem que o tratamento dos idosos nas instituições, por vezes, não é o melhor, multiplicando-se as queixas de mau serviço, más condições de funcionamento e preços elevados. “Embora falem instituições deste tipo, existem muitas resistências a entregar a outrem que não à família a tarefa de cuidar dos idosos em difíceis condições de vida não se mostrem muito interessados em sair da sua casa ou da sua família para se entregarem aos cuidados de estranhos. A família, mesmo nas piores condições, organiza-se para assumir o que considera a sua obrigação de retribuir o sacrifício dos pais. Fá-lo, muitas vezes apenas para dar o exemplo aos filhos ou evitar a censura dos vizinhos” (Hespanha 1993:326).

Actualmente, nas sociedades em que os apoios oficiais estão pouco desenvolvidos, os grupos intermédios e os familiares garantem a satisfação de grande parte das necessidades individuais de consumo. Estas redes informais de apoio podem ser identificadas com a Sociedade-Providência. Esta é concebida, segundo Boaventura Sousa Santos, como uma “rede de relações de inter-conhecimento, reconhecimento mútuo e entreajuda baseada em laços de parentesco e de comunidade através da qual os pequenos grupos sociais trocam entre si bens e serviços numa base de reciprocidade” (Hespanha 1993:315). Efectivamente, este tipo de relações está essencialmente relacionado com a vida em meio rural.

No idoso, reproduzem-se todas as patologias do jovem adulto, com especial relevo para a depressão. Os reformados, naturalmente também os mais idosos, apresentam elevados índices de depressão.

As Doenças Afectivas são as mais frequentes, aparecendo em segundo lugar o Alcoolismo, como doença determinante de suicídio, surgindo depois as situações que comportam a Dor Crónica, que, como se sabe, são situações muito frequentes na Terceira Idade.

O idoso é igualmente um indivíduo que veio acumulando perdas sucessivas de trabalho, dos filhos que ganharam autonomia, do cônjuge, da facilidade de adaptação a novas situações, do vigor físico e mental e da saúde em termos gerais.

Por outro lado, a industrialização traz, nas suas consequências, o isolamento social, visível não só nos meios urbanos como também, e até talvez de modo dramático, no abandono pelos mais novos, de certas povoações do interior, à procura das novas oportunidades que surgem no litoral.

“Solidão é a inexistência generalizada de relações pessoais, sociais ou comunitárias satisfatórias, ou explicitando melhor, é um estado permanente de sofrimento emocional que emerge quando um indivíduo se sente deslocado, não compreendido ou rejeitado pelos outros e/ou quando não tem parceiros sociais adequados para actividades pretendidas, em particular actividades que proporcionem um sentimento de integração social e oportunidades de intimidade emocional” (Rook, 1984; Carvalho, 2000).

A dicotomia “isolamento social vs isolamento emocional” é importante para a compreensão da solidão. O isolamento emocional pode ser entendido como a ausência de uma figura de vinculação na vida do indivíduo, enquanto o isolamento social pode ser considerado como a ausência de um lugar numa comunidade a que pertence (Weiss, 1973). Pela análise destes conceitos verifica-se que um indivíduo pode estar social e emocionalmente isolado; ou nem social nem emocionalmente isolado. As pessoas que constituem o primeiro grupo são as que podem beneficiar tanto de programas de intervenção social, como de intervenções psicológicas e são aquelas que mais precisam de intervenção social imediata e de aconselhamento.

A curva que representa as proporções dos diferentes grupos etários que se sentem sós, tem a forma de U. Assim, os adolescentes referem uma solidão, de certo modo, maior que os adultos e os reformados mais novos, parecendo haver um aumento

do sentimento de solidão nos grupos etários de idade mais avançada. Segundo vários estudos, pelo menos 1 pessoa em cada 4 refere que o sentimento de solidão ocorre constantemente ou muitas vezes e é bastante frequente, amostras representativas nacionais de diferentes países referiram, aproximadamente, 25% de pessoas sós (Carvalho, 2000).

Em 1992/93 o Eurobarómetro, um estudo levado a cabo nos 12 países da União Europeia e na Suécia, em indivíduos que tinham idades iguais ou superiores a 60 anos, a percentagem dos indivíduos que declarou sentir-se só com frequência apresentou uma grande variação dos vários países: de 4-6% na Dinamarca e na Suécia; de 7-9% na Alemanha, na Holanda e no Reino Unido; de 10-14% na Bélgica, em França, na Irlanda, no Luxemburgo e em Espanha; de 17% na Itália; de 23% em Portugal; e 36% na Grécia. Estes números confirmam estudos anteriores que revelaram que o sentimento de solidão é mais frequente nas culturas tradicionalmente orientadas para a família da Europa meridional do que nas culturas mais individualistas da Europa setentrional.

Relativamente ao Estado Civil, nos estudos em que foi analisado em conjunto com o sexo, emerge um padrão interessante. A análise dos dois factores em conjunto revela que o grupo que denuncia uma maior solidão é o dos indivíduos do sexo masculino solteiros seguido pelo das mulheres solteiras que é seguido por sua vez pelas mulheres casadas e por fim pelos homens casados. Destes resultados conclui-se então que o modo como os grupos estão ordenados seria diferente se as diferenças de género na exteriorização dos sentimentos fossem a principal explicação para as diferenças relativamente à solidão entre homens e mulheres. De qualquer modo, os indivíduos não casados referiram uma maior solidão que os casados (Carvalho, 2000).

Embora o estatuto sócio-económico não tenha sido considerado um factor importante na investigação sobre a solidão, alguns estudos revelaram uma relação entre a solidão e o estatuto sócio-económico, tendo-se observado uma maior prevalência da solidão nos grupos com rendimentos mais baixos.

A morte de uma pessoa pode constituir um factor de desorganização ou até de ruptura na estrutura familiar, e, sobretudo quando resultou de suicídio, originar uma grave descompensação psicológica num ou mais membros da família. Com efeito, a família do suicidado confronta-se habitualmente com uma dupla crise, uma vez que ao processo de luto que acompanha todas as reacções de perda se vem adicionar o carácter

especialmente trágico do suicídio, o qual pode dificultar ou comprometer a resolução do trabalho de luto.

Nestas circunstâncias, a autópsia psicológica pode contribuir para uma primeira avaliação da situação familiar e dos factores de risco para a saúde mental ou para a vida dos seus membros, providenciando um aconselhamento e o seu eventual encaminhamento para instituições ou serviços que possam assegurar, consoante os casos, o apoio social, o suporte psicológico ou a intervenção psiquiátrica tidos por necessários.

Habitualmente, na sequência de uma perda afectiva, os familiares atravessam um processo de crise mais ou menos duradouro, que obedece às fases descritas por Lindeman (1944). Só depois de ultrapassada a fase inicial, que este autor designa por fase de choque, se vão tornando mais receptivos ao exterior. Ora, a fase crítica em que se encontram os entrevistados e a intensidade do sofrimento psicológico por estes patenteado condicionam o clima emocional em que a entrevista se desenvolve, e, em certa medida, também a estratégia de abordagem e o modo como as questões devem ser formuladas. Em semelhante contexto, é importante que o entrevistador seja capaz de partilhar, em empatia, a angústia do respondente, respeitando a sua dor, a sua atitude e os limites da sua colaboração.

As reacções familiares são fortemente povoadas de culpabilidades e humilhações, desencadeando um intrincado de sentimentos por vezes muito difícil de manejar. Os familiares oscilam entre uma atitude de vingança ou de maturação em relação aos acontecimentos. Embora haja uma mobilização intensa nos primeiros dias, a experiência mostra-nos que muitas vezes, rapidamente, todos se apressam a “apagar” as imagens retomando, após esforço efêmero, as antigas relações.

Para os familiares, pode constituir uma experiência dolorosa, falar sobre a morte dos seus entes queridos especialmente, em certas mortes violentas, e, em particular, de suicídios totalmente inesperados, podendo, associar à tragédia, sentimentos de culpa ou de vergonha.

A morte é, em si mesma, um acontecimento traumático e a perda de uma pessoa significativa conduz, quase invariavelmente, a sentimentos de culpa por parte dos familiares como resultado da sua ambivalência em relação a esta. Como faz notar Buksbizen (1976), a culpa aparece quando os familiares se mostram incapazes de admitir terem nutrido outros sentimentos, para além do amor, por uma pessoa que agora



se encontra morta. A dificuldade em conciliar estes sentimentos, por vezes antagónicos, e o sentimento de culpa por terem sobrevivido à pessoa amada encontram-se quase sempre associados à reacção de privação e dor iniciais.

O luto exprime socialmente a inadaptação individual à morte, mas representa também o processo de adaptação que tende a cicatrizar a ferida psicológica dos indivíduos que sobrevivem. É sabido que o processo social e emocional do luto atinge normalmente o seu termo quando o trabalho de elaboração da perda afectiva – o trabalho psicológico do luto é realizado pelo familiar que, assim, renuncia ao objecto perdido.

O familiar do suicidado, dada a natureza particular da morte deste, pode sentir especial dificuldade em renunciar à pessoa amada. Não raras vezes, a pessoa alimenta a convicção de que foi o seu próprio comportamento ou atitude que, de algum modo, terá levado o suicida a pôr termo à vida. Atormentada pela culpa, sente que não poderá renunciar uma segunda vez à pessoa amada, enveredando por um processo de luto, no qual o trabalho de elaboração da perda resulta frequentemente incompleto.

O legado do suicídio constitui um fardo especialmente pesado, visto tratar-se de um acto ainda marcado pelo estigma e pelo tabu. Uma das consequências mais evidentes é o repúdio e a falta de apoio social com que os familiares mais próximos do suicidado habitualmente são confrontados.

Cain e Fast (1966) mostraram o contraste evidente entre a atitude da comunidade em relação aos familiares de um qualquer outro falecido e de um suicidado. No primeiro caso, os parentes, amigos e vizinhos habitualmente procuram assegurar o apoio emocional à viúva e outros familiares, facilitando-lhes a oportunidade de uma catarze através de uma atitude de compreensão e da disponibilidade para partilharem o desgosto. Esforçam-se no sentido de lhes mitigarem a dor, de lhes aliviarem os sentimentos de culpa e, simultaneamente, oferecem uma colaboração concreta na resolução dos problemas práticos do quotidiano. Ao invés, no caso da morte ter resultado de um suicídio, não só não se verifica este tipo de solidariedade, como os familiares mais próximos são frequentemente evitados por muitos daqueles de quem, normalmente, esperariam receber apoio e compreensão, gerando-se uma verdadeira conspiração de silêncio que os arreda e isola.

Este clima, caracterizado pela manifesta ausência de solidariedade e pelo evitamento de qualquer tipo de comunicação, engendra, com frequência, sentimentos

inapropriados de culpa e de vergonha, os quais vão dificultar, quando não mesmo impedir, a elaboração do processo de luto. Neste sentido, Sainborn & Sainborn (1976), citando Bowlby, recordam que a denegação, a ocultação, a recusa ou a incapacidade para falar sobre o suicídio tendem a paralisar ou a fixar o processo de luto nos seus estádios mais precoces, afectando o seu curso normal e favorecendo uma evolução potencialmente disruptiva.

Elchardus e colaboradores (1986), apoiados na sua experiência de entrevistas com familiares de suicidados, referem, com algum detalhe, os sinais habituais da reacção à morte, as primeiras fases do trabalho psicológico do luto, as várias formas de manifestação da culpabilidade quase sempre presentes nestes, a procura insistente de uma explicação compreensível para o acto autodestrutivo, enfim, algo capaz de justificar o carácter voluntário do acto.

Mas, como observa Van Dongen (1990), o familiar do suicidado não se questiona apenas sobre as razões do suicídio, mas também sobre o impacto actual e futuro desta morte sobre a sua própria vida e a de outros membros da família – questões que, se não obtiverem uma resposta satisfatória, poderão afectar a sua existência durante longos e penosos meses, senão mesmo anos.

### **3.3 Factores sócio-culturais**

O suicídio constitui um problema sério de saúde pública e os idosos constituem um grupo etário cujos factores de risco têm características particulares, sendo que a sua taxa de prevalência aumenta na segunda metade da vida do homem, em diferentes países e culturas, contribuindo para uma proporção significativa da mortalidade total.

O isolamento, as condições de vida, o declínio do estado geral de saúde e a perda de capacidades físicas, bem assim como as alterações verificadas na família fruto da importância atribuída ao papel da mulher no contexto laboral e social, não lhe sendo assim possível cuidar a tempo inteiro dos mais velhos como até aí sucedia, leva o idoso a atingir estados depressivos muito acentuados, que, em muitos casos são potenciadores de virem a cometer suicídio.

O nicho relacional constituído por familiares, por amigos e conhecidos, por colegas e por quaisquer outras interacções que resultam do envolvimento ou

participação da pessoa nas organizações da comunidade sob a forma de actividades sociais, recreativas, religiosas, políticas ou outras, pois uma das funções potenciais da rede consiste na integração social e na capacidade de oferecer apoio social e emocional aos seus membros. Outra função tem a ver com a capacidade de regulação, orientando o comportamento das pessoas através da vigilância recíproca e do aconselhamento. Esta rede interpessoal de apoio e regulação é pois um dado adquirido da nossa vida social, um repositório da nossa história e da nossa identidade, que passa despercebido nas influências que tem sobre a nossa saúde e o nosso bem-estar subjectivo em todas as idades. Para os idosos, estas redes de apoio social assumem uma relevância particular, quando falamos de suicídio.

O problema do suicídio no Alentejo tem a ver, pelo menos em parte, com as questões do isolamento social, apoio social e ciclo de vida nos idosos. No caso do suicídio cometido por pessoas idosas, homens e mulheres, os principais factores de compreensão do fenómeno incluem, segundo uma revisão recente da literatura sociológica, os problemas económicos, o declínio do estado de saúde global, a afectação progressiva das faculdades sensoriais, a perda dos amigos e do cônjuge por morte, a perda de valores relacionados com o trabalho, a institucionalização e os custos elevados dos cuidados de saúde.

Muitas vezes na sequência da morte do cônjuge, os idosos afastam-se mais dos restantes familiares para não sobrecarregarem, distanciando-se ainda mais em direcção à solidão, privando-se do convívio e dos recursos práticos até então disponíveis. Quando estão doentes, o medo de dependência e o medo de sobrecarregar a família são factores de risco suicida potencial. Mas mesmo quando não há doença, mais cedo ou mais tarde, o resultado é uma dependência crescente dos cuidados alheios, um desaparecimento quase ostensivo do mundo social, com eventual acolhimento em instituições e lares de terceira idade onde, muitas vezes, perdem os últimos vestígios de privacidade. Ou então, são deslocados para novos contextos geográficos, por exemplo para casa dos filhos, por iniciativa destes, para uma terra distante, diferente, que não faz parte da sua história. Embora possa ter consequências positivas, esta deslocação corre o risco de sacrificar as relações residuais que ficaram na comunidade original, as rotinas e os recursos sociais do passado, a memória dos lugares e dos amigos. Ao mesmo tempo, comporta o risco de subordinar o idoso a normas e regras sociais que lhe são estranhas, que não fazem parte da sua história. Todo este processo, nomeadamente as perdas relacionais que se

multiplicam nas redes de apoio social, contribuem decisivamente para a deterioração cognitiva e emocional do idoso. Devemos pois sublinhar a importância das muitas perdas que acompanham a retracção social do envelhecimento, sabendo que é muitas vezes impossível inverter o processo (Pearsons & Conwell, 1996).

Mas tentar compreender as experiências do idoso e respeitar a sua memória, aquilo que foi a sua vida, aquilo que é o seu sofrimento, representa uma forma de conferir dignidade à nossa vida social, às nossas relações interpessoais, no convívio com os nossos pais e os nossos avós (Phillipson e tal., 2001).

### **3.4. Factores transversais**

A depressão é muito mais do que um sentimento ou uma emoção. Tem potencialidade para ser uma doença mental grave e incapacitante, podendo interferir em todos os aspectos do dia-a-dia de uma pessoa.

Significa coisas diferentes para pessoas diferentes. Em algumas pessoas a sensação de depressão pode ser um sintoma ou um indício de doença. Manifestam mudanças cognitivas e comportamentais características. Tornam-se apáticas, desmotivadas e sensíveis unicamente aos factos negativos da vida, o que lhes cria um feed-back de reforço do seu estado, tendo frequentemente ideias suicidas, por vezes com passagem ao acto.

A perturbação torna-se major quando o estado perdura durante diversas semanas. A Perturbação Depressiva Major pode ter início em qualquer idade, sendo a característica essencial da sua evolução a ocorrência de um ou mais episódios, seguindo-se estes frequentemente a um agente stressor psicossocial intenso, tal como a morte de um familiar ou um divórcio. Um episódio é considerado como tendo terminado quando deixam de ser preenchidos os critérios completos para Episódio Depressivo Major pelo menos durante dois meses consecutivos.

No idoso a depressão é um fenómeno importante. Considerada a patologia mais importante no idoso é, normalmente, apresentada de maneira atípica ou indirecta, ou seja, encoberta por múltiplas e variadas queixas somáticas e associadas a quadros de ansiedade.

A velhice pode ser um período de desabrochar, mas também pode ser acompanhada por perturbações psico-patológicas graves. Com o envelhecimento podem verificar-se modificações nas reacções emocionais, perdas e separações, solidão, isolamento e marginalização social.

Com o avançar da idade o ser humano pode desenvolver o sentimento de que se inicia a última etapa da sua vida, desencadeando um estado depressivo com a percepção do envelhecimento, valorizando negativamente, se estiverem presentes, a sensação de inutilidade, insuficiência, ansiedade e irritabilidade.

Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas; a diminuição sócio-familiar, a perda do status ocupacional e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente, bem como o aparecimento de fenómenos degenerativos ou doenças físicas incapacitantes, compõem o elenco de perdas suficientes para desenvolver um quadro de sintomatologia depressiva.

Outro aspecto a enfatizar é a depressão no idoso institucionalizado. Encontra-se separado do ambiente familiar e habitacional, sensação de abandono, inutilidade e dependência, isolado da actualidade cultural. A baixa qualidade de vida (falta de intimidade, insegurança, tristeza silenciosa, etc.) oferecida nessas instituições, o insuficiente grau de bem-estar pessoal, a reduzida auto-estima, contribui para o agravamento do estado depressivo.

É de salientar alguns aspectos/modificações provocadas pelo envelhecimento susceptíveis de desencadear quadros depressivos: falta de motivação pela vida, afastamento dos filhos e parentes, progressiva limitação física por causa do envelhecimento, sensação progressiva de impotência, perda de controlo sobre os seus, sensação de inutilidade, sentir-se um peso para os filhos e família, perda da capacidade económica e consequente dependência financeira, perda do cônjuge, questões relativas à morte, modificações cerebrais.

Vários autores propõem cinco critérios para diagnosticar a depressão no idoso: vários sintomas de depressão pelo menos por duas ou mais semanas, sentimento de desânimo, presença de pelo menos quatro dos sintomas seguintes – aumento ou diminuição do apetite, aumento ou diminuição do sono, diminuição da energia, sensação contínua de fadiga ou cansaço, perda de interesse, perda de prazer nas relações sociais, perda de prazer nas actividades quotidianas, sentimentos de reprovação ou culpa

de si mesmo, lentidão ou agitação psicomotora, queixas ou evidência de diminuição na capacidade de concentração, alterações no funcionamento quotidiano da pessoa – interacção social, nível de actividade profissional, como causa ou consequência da depressão.

Na avaliação de um estado depressivo na pessoa idosa é importante fazer referência ao seu contexto de vida e às respostas do seu ambiente. Um estado depressivo consecutivo a uma viuvez, acontecimento cuja frequência aumenta com a idade, num idoso, não é comparável a um estado depressivo não associado com factos de vida identificáveis.

Para além da Perturbação Depressiva Major no idoso, podemos também falar noutras depressões que podem surgir e são características da terceira idade. Depressão reactiva a alguma situação vivencial traumática/perda – doença, reforma, viuvez, luto, etc., o idoso passa por uma condição existencial problemática. Depressão secundária, pois o idoso pode desenvolver estados patológicos e degenerativos que facilitam o desenvolvimento da depressão. Depressão endógena, relacionada com a personalidade, surge sem qualquer razão aparente, ou seja as pessoas envelhecem e continuam depressivas.

O suicídio nos idosos está muitas vezes associado a um estado depressivo, consecutivo à morte do cônjuge. Surge na maioria dos casos como um acto de vontade de acabar com a vida (Osgood, 1985).

Podemos afirmar que a presença de certos traços de envelhecimento, as suas limitações e seus efeitos na vida das pessoas, bem como a marginalização social geram problemas psicológicos, afectando o equilíbrio interno dos indivíduos.

Ressalta-se a importância de dar qualidade ao tempo. Este projecto repousa numa melhor compreensão do processo de envelhecimento nas pessoas que mostram êxito no seu envelhecimento – velhice bem sucedida, onde estão reunidas três grandes categorias de condições. A primeira é a reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perdas de autonomia. A segunda consiste na manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico. A terceira é a conservação de empenho social e bem-estar subjectivos.

Relativamente à Rede Social, esta surge em Portugal com o objectivo de contribuir para a erradicação da pobreza e exclusão social, apoiando-se nas tradições

nacionais da entreaajuda familiar e solidariedades sociais, para a promoção do desenvolvimento social.

Criada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97, de 18 de Novembro insere-se no âmbito de uma política social activa potenciando a eficácia das medidas de intervenção, através da promoção de um trabalho de parceria alargado, abrangendo actores sociais de diferentes naturezas e áreas de intervenção, tais como autarquias e entidades públicas sem fins lucrativos.

A realização dos Planos Locais de Desenvolvimento Social define-se como uma das principais acções preconizadas pela Rede Social, visando um planeamento integrado e sistemático de intervenção local através da congregação de iniciativas, activando a participação e envolvimento da comunidade local.

O desenvolvimento industrial e a consequente concentração urbana, resultou, na maioria dos casos, numa separação geográfica entre gerações e formas de habitação. O modelo dominante da família tradicional, em que cabia ao homem o sustento da família enquanto a mulher se dedicava às tarefas domésticas, cuidar dos filhos e dos familiares, sofreu profundas alterações. Estas ocorreram, em parte, dada a crescente entrada da mulher no mercado de trabalho, pelo que as redes sociais são de extrema importância.

A discussão em sociologia da família sobre a solidariedade e entreaajuda familiar foi sempre, também, uma discussão sobre os processos de transformação e mudança do sistema familiar na modernidade. Assim, ao analisar as redes de entreaajuda, enquanto sistema familiar, procurar-se-á investigar, toda a problemática do parentesco nas sociedades contemporâneas.

Segundo Vasconcelos, as relações de parentesco alargado foram por muito tempo consideradas, nas ciências sociais em geral e na sociologia em particular, algo estritamente característico das sociedades pré-modernas, pensando-se, inversamente, que nas sociedades industrializadas ter-se-ia verificado um esboroamento generalizado da parentela, produto dos processos globais de individualização que teriam nuclearizado, conjugalizado e isolado os agregados domésticos. (Vasconcelos, 2002).

Também, segundo Durkheim "...verificar-se-ia uma lei da contratação progressiva das unidades sociais primárias, a par de uma complexificação, segmentação e especialização funcional a nível societal. É assim que entende a família moderna como sendo conjugal e tendencialmente companheirista, com especialização funcional dos

cônjuges, com marcada falta de horizonte geracional, e, de resto, separada da parentela” Durkheim (1975[1921]), citado por Vasconcelos (2002;507).

Vários foram os autores que desenvolveram trabalhos de investigação pioneiros no estudo sociológico das redes de parentesco, tais como, Bott (1976[1957]); Young e Willmott (1987 [1957]); Roussel e Bourguignon (1976); Pitrou (1978); Attias-Donfut (1995 e 1996) e a Equipa de Kellerhals (Coenen-Hunter e tal., 1994) entre outros, que segundo Vasconcelos estes trabalhos mostraram que não é só nos grupos domésticos que se faz mobilização dos recursos e se vive quotidianamente a vida familiar, sendo que as relações sociais primárias e as sociabilidades familiares em regra extravasam o grupo de co-residência (Vasconcelos 2002).

Este autor afirma ainda que as solidariedades e entreajudas familiares funcionam com base em redes de pessoas (particularmente de parentesco) que trocam entre si bens e serviços, sendo as solidariedades familiares as que têm uma importância relevante não só na economia das famílias, como também nas suas vidas quotidianas e trajectórias sociais, sendo uma rede de parentesco restrita, centrada nos progenitores do casal e sobretudo nas mães de ambos os cônjuges (Vasconcelos, 2002).

Elizabeth Bott, ligada à teoria da rede, desenvolvida em *Family and Social Network*, (1971), onde a autora associa o grau de segregação dos papéis com a densidade de redes de relações fora do lar dos cônjuges. Segundo a autora quanto mais estreitos são os laços que o casal possui com a sua rede de parentes, de amigos, de vizinhos, mais densa é a própria rede, mais as relações entre os cônjuges no seio do casal são separadas e hierarquizadas. Pelo contrário, quanto menos densa é a rede menos pronunciada será a segregação entre papéis masculinos e femininos (Segalen;1999:256).

O Modelo Hierárquico e Compensatório de Cantor (1992), analisa e situa os sistemas de apoio numa perspectiva holística, enfatizando as relações entre os componentes formais e informais e o modo como se afectam. Imaginando vários círculos concêntricos, colocando o casal no centro e os apoios informais nos círculos mais próximos. A acessibilidade aos apoios informais condiciona o que pode acontecer ao nível dos apoios formais, ou seja, a rede familiar, desde que existente, é a primeira a ser solicitada. Quando esta não dá resposta, assumem esse papel as redes de solidariedade formal.



O primeiro círculo será então composto pela família (mais próximo do sujeito) – solidariedade informal primária. O segundo pelos vizinhos e amigos – solidariedade informal secundária. Estes dois círculos constituem a solidariedade informal. No terceiro círculo, estão situadas organizações/instituições que apresentam características de solidariedade formal, (como creches, infantários, lares...etc.).

No fundo, o que o modelo nos quer transmitir é a ideia de que o recurso às redes formais ocorre quando não se pode recorrer à rede informal ou quando esta não tem capacidade de resposta, reforçando a ideia de complementaridade das redes.

A filosofia subjacente a este modelo assenta na noção de sistema, uma vez que preconiza a existência de relações de interacção e interdependência entre as partes que o compõem, funcionando como um todo e não como a soma das partes. Bertalanffy refere a este respeito que “sistema é um conjunto de elementos interdependentes, ligados entre si por relações, tais que, se um deles se modifica, os outros também se modificam e por consequência, todo o sistema é transformado” (Costa, 2002:19).

O suporte social, enquanto sistema, é constituído por vários subsistemas, todos eles distintos, que apresentam uma hierarquia de proximidade e importância relativamente à pessoa. Esta pode no entanto integrar todos estes subsistemas, interagindo entre si e complementando-se uns aos outros.

Vários autores como (Cantor, 1989; Grand, 1989; Le Disert, 1989) mostram a importância das redes informais e demonstram que a rede familiar continua a ser a mais eficaz. Esta rede, além de se encontrar mais próxima das pessoas, conhece melhor as suas necessidades e limitações.

## **PARTE II – DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO ÀS OPÇÕES METODOLÓGICAS**

### **4. PROBLEMATIZAÇÃO**

#### **4.1. Tema, Perguntas de Investigação e Objectivos**

Raymond Quivy defende que “uma investigação é, por definição, algo que se procura. Um caminhar para um melhor conhecimento...”(Quivy, 1992:30), e que a melhor maneira de iniciarmos um projecto de investigação “consiste em procurar enunciar o projecto de investigação na forma de uma pergunta de partida, através da qual o investigador tente exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor...”(Quivy, 1992:32).

A pergunta de partida permite assim a procura de soluções, é a coluna vertebral do trabalho e através dela alcançarmos aquilo a que nos propomos.

Desta forma e porque a minha análise se centra no “Suicídio dos Idosos no Alentejo: O Caso do Concelho de Portalegre”, passo a apresentar a minha questão fundamental, em torno da qual se vai desenrolar todo o estudo:

Quais são as principais motivações que levam os idosos a suicidarem-se no Concelho de Portalegre e consequentes implicações nas suas famílias?

#### **Objectivo Geral**

Assim defini como objectivo principal, a identificação e compreensão do fenómeno.

Tendo por base o objectivo que norteou o desenvolvimento deste estudo, este é:

- Identificar e compreender quais as razões que levam os idosos a suicidar-se no Alentejo.

Contudo, para chegar a este objectivo é necessário alcançar outros objectivos, os chamados objectivos específicos.

#### **Objectivos específicos**

- Identificar os factores que contribuem para a propensão dos idosos do Concelho de Portalegre relativamente ao suicídio.

- Identificar se o género e o estado civil são propícios ao suicídio nos idosos.
- Analisar se a integração e a regulação social interferem no suicídio nos idosos.
- Contribuir para a identificação de potenciais efeitos do suicídio na vida dos familiares.

### 4.2. Opções metodológicas

A ciência tem como principal objectivo conhecer a veracidade dos factos reais (Gil:1989), para tal, “importa que o investigador seja capaz de conhecer e de pôr em prática um dispositivo para elucidação do real, isto é, no sentido mais lato, um método de trabalho” (Quivy, 1992:13).

Definir o caminho metodológico é essencial para que a pesquisa se realize sem nunca perder de vista a problemática, os objectivos, o objecto e os recursos disponíveis, pelo que se seleccionaram um conjunto de técnicas de entre as que mais se adequam ao estudo que se pretende desenvolver.

Herman define metodologia como “...Um conjunto de directrizes que orientam a investigação científica” (Carmo, 1998). Por sua vez, Judith Bell refere que a metodologia “procura explicar como a problemática foi investigada e a razão porque determinados métodos e técnicas foram utilizados” (Bell, 1997:190). Parece evidente que ao tentar abordar uma realidade social, será o fenómeno a observar que define os métodos e técnicas a utilizar.

Hermano Carmo refere que “os métodos constituem de maneira mais ou menos abstracta ou concreta, precisa ou vaga, um plano de trabalho em função de uma determinada finalidade” (Carmo, 1998:175). Ainda segundo o mesmo autor, a investigação qualitativa está associada a paradigmas e pressupõe existir uma correspondência entre epistemologia, teoria e método. Por sua vez cada tipo de método está ligado a um paradigma distinto e único.

Na escolha da metodologia tive por base os seguintes pressupostos:

- A análise da informação na pesquisa qualitativa é feita de “forma indutiva”;
- Os investigadores têm em conta a realidade global – holística;
- As fontes directas dos dados são as situações consideradas “naturais”;

- Os investigadores procuram conhecer os sujeitos a partir dos “quadros de referências” desses mesmos sujeitos;
- Os investigadores interessam-se mais pelo processo de investigação do que pelos resultados;
- A investigação qualitativa é descritiva;
- O investigador é o “instrumento” de recolha de dados. (Carmo, 1998).

Definido por um carácter qualitativo, o estudo pode ser descritivo pela sua natureza exploratória, presenciando-se uma perspectiva analítica existente na natureza interpretativa do trabalho.

Devido ao carácter qualitativo imprimido no trabalho, a questão da amostragem não assume um carácter relevante.

### 4.2.1. Tipo de Estudo

Tal como nos é referido por Fortin, “a cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação” (Fortin, 1999:133).

Atendendo à problemática em estudo, pareceu-me mais adequado optar pelo paradigma qualitativo, pois procura compreender os fenómenos e o seu significado. Este ao procurar compreender os fenómenos e o seu significado abre-nos caminho, tendo “o ambiente natural como fonte directa de dados e o pesquisador como instrumento-chave” (Carmo, 1998:176).

Considerarei que este tipo de metodologia pode enriquecer o estudo na medida em que permite captar os fenómenos e compreender o contexto e o significado daquilo que os rodeia, pois o que pretendo é identificar, caracterizar e compreender se existem ou não implicações do comportamento suicidário dos idosos no Alentejo com a região.

Tratando-se de um trabalho realizado sob um carácter qualitativo, não se enquadra a formulação de qualquer tipo de hipóteses. Existe sim um conjunto de questões que o orientam, não se enquadrando simultaneamente a construção de variáveis no sentido estatístico do termo.

Contribuindo para uma visão pormenorizada dos factos, o carácter qualitativo de todo o trabalho, optei por um estudo de caso de natureza exploratória e descritiva.

O estudo de caso é considerado segundo Hermano Carmo (1998) como um estudo de um ou mais casos particulares preocupando-se essencialmente com a observação, reconstituição e análise dos mesmos. Visto como uma abordagem no sentido em que mobiliza vários métodos de investigação, o estudo de caso é um estudo de aprofundamento de uma realidade. Preocupando-se o caso em retratar a realidade através do particular, é importante que o estudo de caso possa ser aplicável ao geral da realidade (Carmo, 1998).

Tratando-se de uma construção teórica e empírica, fruto da própria construção social, o estudo de caso existente neste trabalho reporta-nos a uma delimitação do próprio trabalho. Assim, o caso está delimitado tanto geograficamente, abrangendo apenas o Concelho de Portalegre, como temporalmente recaindo sobretudo nos últimos cinco anos.

Descritivo porque nos permite descrever os fenómenos, visando as características de um grupo, o nível de atendimento de uma comunidade, levantar as opiniões, as atitudes e crenças de uma população ou, permite mesmo descobrir a existência de associação entre variáveis, possibilitando obter informação mais completa e mais precisa acerca do fenómeno em estudo (Gil, 1989).

No entanto, no sentido de adquirir mais conhecimentos e clarificar os existentes, considere-se também um estudo exploratório. “Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar a sua experiência em torno de determinado problema” (Carmo, 1998:176).

Não se pretende explorar os resultados obtidos para outras populações que não a estudada, nem existe a pretensão de representação estatística. Considera-se que as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores preocupados com a actuação prática (Gil, 1989:46).

É nesta base, que pretendo conhecer os problemas dos idosos do Concelho de Portalegre, no que ao suicídio diz respeito, tendo por isso optado por um estudo de caso, exploratório e descritivo de abordagem qualitativa.

### **4.2.2. Técnicas de Recolha de Dados**

Como foi referido anteriormente, não cabe, no âmbito deste estudo, a realização de uma amostra nem tão pouco a realização de inquéritos. Segundo Gil (1989), nos

estudos qualitativos interroga-se um número limitado de pessoas, pelo que a representatividade, no sentido estatístico do termo não se coloca.

Sabendo que os métodos de recolha de dados variam essencialmente em quatro dimensões; estrutura, possibilidade de quantificação, imposição e objectividade, optei pela escolha do método que mais se adequa com o estudo de caso – História de Vida: a entrevista, associada a contactos informais com os entrevistados.

Considerada como “a técnica por excelência para a construção textual das histórias de vida”, tal como nos salienta Ramos (2001:66), a entrevista é assumida como uma das técnicas mais adequadas “para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das explicações ou razões a respeito das coisas precedentes” (Selltiz e tal 1967, cf. Gil, 1989:113), tornando-se numa forma de partilhar as vivências quotidianas dos actores (Lessard – Hébert, 1994).

Podendo-se definir como “um contacto directo entre os investigadores e os seus interlocutores” (Quivy, 1992:193), em que “o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas” (Gil, 1989:113), a entrevista tem assim como principal objectivo a “obtenção dos dados que interessam à investigação” (Gil, 1989:113), que poderão ser de ordem afectiva ou cognitiva.

Baseando-me numa interpretação clássica de Ghiglione e Matalon, surgem-nos essencialmente três tipos de entrevistas “As não directivas ou livres, as semi-directivas, e as directivas” (1993:91).

Neste contexto, optei pela entrevista semi-directiva, uma vez que esta se define “por relação às observações feitas a propósito do inquérito livre” (Ghiglione & Matalon, 1993:96), sendo o entrevistado “convidado a responder de forma exaustiva, pelas suas próprias palavras, e com o seu próprio quadro de referência, a uma questão geral (tema) caracterizada pela sua ambiguidade” (Ghiglione & Matalon, 1993:96), o que penso estar em acordo com a história de vida.

No entanto, “o investigador tem um quadro de referência mas só o utiliza se o individuo esquecer parte do mesmo”, tal como nos refere Ghiglione & Matalon, (1993:97).

### **4.2.2.1. Pesquisa Bibliográfica e Documental**

A pesquisa e leitura de bibliografia pertinente serão técnicas de recolha de dados a utilizar no presente trabalho. É necessário que o investigador tome conhecimento de outros trabalhos que tenham sido elaborados acerca da temática agora em estudo ou relacionados com uma problemática semelhante. A escolha de leituras deve ser feita com algum cuidado, visto que para qualquer que seja o tipo e amplitude do trabalho, o investigador dispõe sempre de um tempo de leitura limitado (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Com o intuito de se alcançar uma triangulação de dados, será utilizada também a técnica de observação directa que se caracteriza por ser o único método de investigação que capta os comportamentos no momento em que eles ocorrem. O campo de observação do investigador só depende em definitivo dos objectivos do seu trabalho e das suas questões iniciais. A partir delas, o acto de observar será estruturado, na maior parte dos casos, por uma grelha de observação previamente elaborada (Quivy e Campenhoudt, 1992).

As entrevistas serão aplicadas aos familiares dos idosos que se suicidaram nos últimos cinco anos, tendo como critério de selecção, os familiares mais directos. As entrevistas irão ser realizadas num local adequado a combinar com os entrevistados. Serão realizadas, o número de entrevistas necessárias até se verificar uma exaustão dos dados recolhidos.

### **4.2.3. Caracterização dos entrevistados**

Após a análise das seis entrevistas realizadas, foi possível fazer uma breve caracterização dos actores que participaram do estudo.

No que concerne às entrevistas realizadas, foram maioritariamente aplicadas a familiares muito próximos das pessoas que cometeram o suicídio no período em análise no concelho alvo deste estudo, sendo quatro filhos, um genro e uma sobrinha, sendo três do sexo masculino e três do sexo feminino. As idades dos entrevistados oscilam entre os 42 anos e os 61 anos, sendo a média das idades 49 anos.

O nível de escolaridade destes elementos é pouco variada, dois têm a 4ª classe (1º. Ciclo), três têm o 9º Ano de escolaridade e um tem 11º ano de escolaridade.

No que concerne à sua actividade profissional, um soldador, um operador de refrigeração, uma escriturária, um militar da GNR, uma empregada de restauração e uma doméstica.

Estes dados são apresentados resumidamente no quadro seguinte, para melhor visualização.

**Quadro nº.1**

**Características sócio-demográficas dos entrevistados**

Características	N
<b>Sexo</b>	
Masculino	3
Feminino	3
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	1
Casado	4
Divorciado	1
<b>Grupo Etário</b>	
40-44 anos	2
45-49 anos	2
50-54 anos	1
60-64 anos	1
<b>Escolaridade</b>	
1º. Ciclo de ensino básico	2
3º.Ciclo de Ensino básico	3
Ensino secundário	1
<b>Actividade Profissional</b>	
Empregado	5
Doméstica	1

Fonte: Entrevistas realizadas



### 4.2.4. Técnicas de Análise de Dados

Após a realização das entrevistas, será descrito o seu conteúdo.

Para se conseguir verificar a saturação dos dados vamos enumerar as entrevistas de forma a facilitar a sua percepção e por conseguinte a sua análise e interpretação dos dados.

Esta fase do trabalho para Fortin, define-se como “uma fase integrada no processo de investigação, presente em cada vez que o investigador se remete a um período de colheita de dados e em que ele deve situar-se em relação ao que se emergiu dos dados e ao que resta descobrir” (Fortin, 1999:306).

Segundo Bogdan, a análise dos dados deve ser efectuada através de um “processo de busca e organização sistemático da transcrição de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou” (Bogdan, 1994:205).

Assim, o processo que me pareceu mais adequado para a realização da análise de dados do estudo foi a análise de conteúdo, que segundo Laurence Bardin, “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1995:42).

Esta técnica, caracterizada por Poirier por “um trabalho ingrato, longo, paciente, que requer, simultaneamente, um trabalho minucioso de análise e uma passagem dedicada à síntese” (Poirier, 1995:101). A análise de conteúdo tem assim como principal finalidade a interpretação dos dados, pois surgem de uma forma natural das entrevistas realizadas, obtendo-se material documental, que se transformará em dados interpretáveis através de uma correcta análise dos mesmos (Lessard-Herbert:1994).

Consciente de que análise de conteúdo é um processo complexo que envolve no seu trajecto: A definição de objectivos e do quadro de referência teórico; a constituição de um “corpus”; a definição de categorias; a definição de unidades de análise; a

quantificação (que não é obrigatória de realizar) e a interpretação dos dados obtidos (Carmo, 1998).

A totalidade de material transcrito das comunicações, ou seja, as entrevistas, constitui o “corpus” de análise. Tal como refere Jorge Vala “ se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar, então, geralmente, o “corpus” de análise é constituído por todo esse material” (Vala, 1986:109).

Desde que se constitui o “corpus”, urge tratar esse material, ou seja, codificá-lo. A codificação, segundo Laurence Bardin é uma transformação dos dados brutos, que, sendo agregados em unidades, permitem uma descrição mais exacta das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 1995). Então, uma análise de conteúdo pressupõe a definição de unidades de registo, de contexto e eventualmente de enumeração.

O autor supra citado, defende que o critério de recorte na análise de conteúdo é de ordem semântica, ou seja, considera o tema como unidade de registo. (Bardin, 1995).

Após emergir o “corpus”, torna-se fundamental o seu tratamento codificando-o. Esta codificação não é mais do que definir categorias, que segundo Grawitz, “são rubricas significativas, em função das quais o conteúdo será clarificado” (Carmo, 1998:255).

Para Bardin, esta fase da análise “corresponde a uma transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo” (Bardin, 1995:103).

Berelson, define o tema como “uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase completa, por influência da qual pode ser afectado um vasto conjunto de formulações singulares” (Bardin, 1995:105). As respostas às entrevistas são na maioria das vezes analisadas tendo por base o tema, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação” (Bardin, 1995:105). Ainda segundo este autor, normalmente o tema utilizado como unidade de registo para estudar opiniões, atitudes, valores, crenças, etc.

Por vezes a unidade de contexto é na perspectiva de Jorge Vala “o segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo” (Vala, 1986:114). A opinião de Laurence Bardin tem subjacente a mesma filosofia, referindo que a unidade de contexto permite codificar a unidade de registo, cuja dimensão deve ser superior à desta, sendo tal facto de extrema importância para a

compreensão da significação exacta da unidade de registo (Bardin, 1995). Será considerada como unidade de registo a entrevista.

Carmo, salienta-nos que unidades de registo “é o segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para proceder à análise, colocando-o numa dada categoria” (Carmo, 1998:257).

O mesmo autor faz ainda referência que “a escolha da unidade de registo depende pois dos objectivos estabelecidos e do quadro teórico orientador da investigação”.

Assim, poderemos constatar que a unidade de registo não é mais do que uma porção de discurso obtido, que o investigador vai seleccionar colocando-o em determinada categoria correspondente, podendo ser de dimensões e natureza muito diversificadas.

Carmo, elucida-nos ainda que habitualmente a distinção das unidades de registo é feita “entre unidades formais, que podem ou não coincidir com linguísticas e unidades semânticas” (Carmo, 1998:257).

No decorrer da análise de conteúdo a categorização poderá significar, facilitando a apreensão e possivelmente a explicação dos fenómenos. Como tal, considera-se imprescindível proceder à determinação de categorias que segundo Jorge Vala (1986), pode ser feita à priori ou à posteriori. Em sua opinião a categorização é uma tarefa presente no nosso quotidiano, de maneira a simplificar, estabilizar, ordenar e atribuir um sentido. Para Hermano Carmo (1998), as categorias devem ser exaustivas, exclusivas, objectivas e pertinentes.

Assim, deste trabalho resultou uma categorização por mim produzida, cujo objectivo foi posteriormente aferir as categorizações, considerando:

- A lógica interna de cada categoria;
- A relação das categorias e destas com as subcategorias;
- A relação entre as categorias, considerando as diversas fontes.

Findos estes procedimentos, seguir-se-á aquela que é considerada por (Pandit, 1996), a última fase do processo de investigação, que o autor designa como “fase de comparação com a literatura”.

Esta fase será caracterizada nos últimos capítulos, onde serão apresentados os resultados da análise efectuada.

## Suicídio dos Idosos no Alentejo - O Caso do Concelho de Portalegre

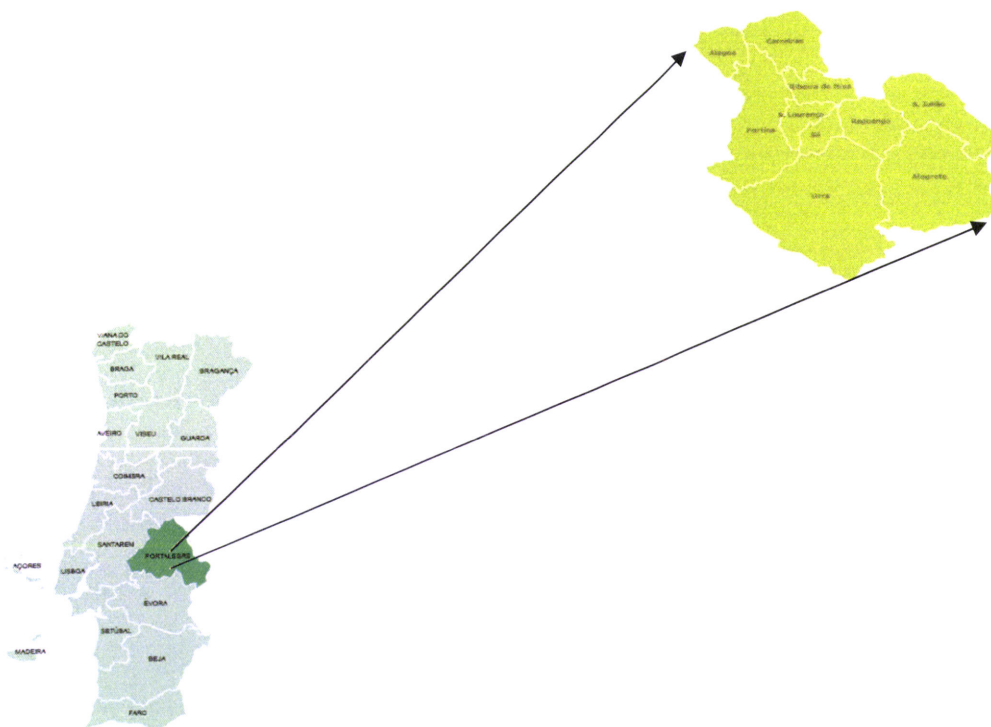
**Quadro nº 2 - Grelha de Análise**

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTAS	F
O quotidiano do idoso	Relações/Convivências	Conjugalidade	E1;E2;E3;E4;E5;E6.	6
		Familiar	E1;E2;E3;E4;E5;E6.	6
		Vizinhos/colegas/amigos	E1;E2;E3;E4;E5;E6.	6
		Habitação	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6
		Modo de Ser habitual	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6
		Religião	E1;E2;E3;E5;E6.	5
	Doença		E1;E3;E5	3
	Dificuldades	Questões do quotidiano	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6
		Questões emocionais	E1;E2;E5	3
		Questões económicas	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6
		Hábitos alcoólicos	E1;E2;E3;E4;E5;E6	3
Expectativas do idoso face aos apoios externos	Ajudas/apoios	Família	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6
		Vizinhança/amigos	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6
		Acolhimento/instituição	E1;E2;E3	3
Alterações no estilo de vida do idoso face à reforma	Estado de Espírito	Conformado	E1;E2;E4;E5;E6	5
		Desanimado	E1; E4	2
Alterações no quotidiano das famílias face à morte do familiar	Efeitos na família	Culpa	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6
		Valorização/importância	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6
		Trauma/constrangimento	E2;E3;E4.	3
		Atenta	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6
Situações que levam os idosos a suicidarem-se no concelho de Portalegre	Condições de vida	Isolamento	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6
		Solidão	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6
		Doença	E1;E2;E5;E6	4
		Medo	E5;E6	2
		Sufrimento	E1;E2;E3;E4;E5;E6	6

## 5. TERRITÓRIO E DEMOGRAFIA FACE AO CONTEXTO REGIONAL E NACIONAL

Situado no Norte Alentejano, em pleno coração do Parque Natural da Serra de S. Mamede, fica o Concelho de Portalegre. É constituído por 10 freguesias, 2 urbanas (Sé e S. Lourenço) e 8 rurais (Alagoa, Alegrete, Carreiras, Fortios, Reguengo, Ribeira de Nisa, S. Julião e Urra). Tem uma superfície de 446,2 Km<sup>2</sup> e, de acordo com os Censos de 2001, 25 980 habitantes.

### Localização geográfica do Concelho de Portalegre



### 5.1. Contexto geográfico-demográfico

A descrição física do concelho, ainda que sucinta, reveste-se de toda a importância na medida em que facilita a percepção das problemáticas que se

evidenciarão ao longo deste documento algumas vezes, originadas pela sua distribuição física e humana.

Fica situado no Distrito de Portalegre, segundo a NUTS II na Região Alentejo, mais precisamente no Alto Alentejo. Localizado no planalto setentrional, entre as Serras de S. Mamede e Penha, reveste-se de características de uma área de transição, entre a peneplanície alentejana e a região mais montanhosa da Beira Baixa, moldado pelos únicos relevos que, ao sul do Tejo, ultrapassam em pouco os 1000m.

À exceção das freguesias de Alagoa, Fortios e Urra, todas as outras são abrangidas pelas áreas do Parque Natural da Serra de S. Mamede.

O território pode ainda dividir-se morfologicamente segundo uma linha de fecho que individualiza duas bacias hidrográficas a que pertencem as linhas de água que servem o concelho. São elas a Bacia Hidrográfica do Tejo e a do Guadiana.

A população residente do Concelho de Portalegre registou, entre 1991 e 2001, duas tendências. A primeira, entre 1991 e 1995, realça um decréscimo populacional (-2,75%). Em contrapartida, o período de 1995 a 2001, regista um aumento populacional (2,26%). Estas tendências são igualmente verificadas ao nível da região Alentejo. Porém, o Alto Alentejo (região que mais se ressentiu com o envelhecimento demográfico) regista ambas as tendências negativas (cf. Quadro que se segue).

### Quadro nº 3

#### Distribuição da População Residente 1991-2001

	2001	Variação 95 - 01	1995	Variação 91 - 95	1991
Continente	9.869.050	3,30%	9.554.086	0,90%	9.468.721
Região Alentejo	535.507	1,00%	530.220	- 1,14%	536.349
Alto Alentejo	127.025	- 1,09%	128.428	-2,26%	131.403
Portalegre	<b>25.980</b>	2,26%	25.394	- 2.75%	26111

Fonte: INE "O País em números", 2005

Relativamente à densidade populacional, é de sublinhar um decréscimo do número de habitantes por Km<sup>2</sup>, mais acentuado nos Concelhos do Norte Alentejano – Crato, Marvão, Nisa e Castelo de Vide. Todavia o Concelho de Portalegre contraria esta tendência, registando um aumento gradual de 1,1% num período de 6 anos.



### Quadro nº 4

#### Nº. de Habitantes/Km, 1995-2001

	2001	1998	1995
Continente	110.8	108.9	107.6
Castelo de Vide	14.6	14.5	14.8
Crato	10.9	11.4	12
Marvão	26.1	26.2	27
Nisa	14.9	15.1	15.8
Portalegre	58	57.1	56.9

Fonte: INE “O País em números”, 2005

No que concerne à população residente, por escalões etários, verifica-se a predominância do escalão 25-64 anos. A comparação dos dados referentes a Portugal fazem convergir as tendências, exceptuando o escalão etário 65 e mais anos: tendência de envelhecimento demográfico, acentuado na Zona do Alentejo.

### Quadro nº 5

#### Distribuição da População Residente Segundo Grandes Grupos Etários 1991-2001

	2001		1995		1991	
	N	%	N	%	N	%
<b>0-14</b>	3 503	<b>13.48%</b>	3797	<b>14.95%</b>	4604	<b>17.63%</b>
<b>15-24</b>	3 513	<b>13.52%</b>	3801	<b>14.97%</b>	3726	<b>14.27%</b>
<b>25-64</b>	13 407	<b>51.61%</b>	13069	<b>51.46%</b>	13267	<b>50.81%</b>
<b>&gt;=65</b>	5 557	<b>21.39%</b>	4 727	<b>18.61%</b>	4514	<b>17.29%</b>
<b>Total</b>	25 980	<b>100%</b>	25 394	<b>100%</b>	26111	<b>100%</b>

Fonte: INE “O País em números”, 2005

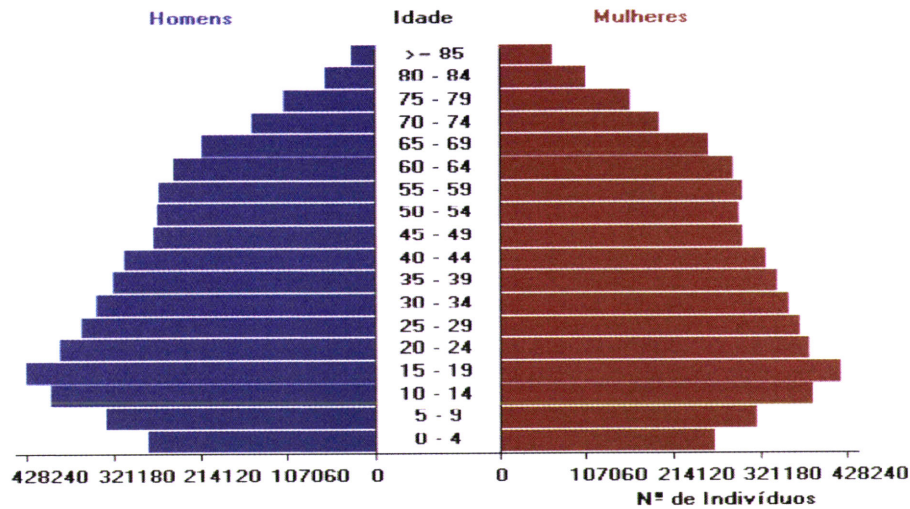
Conforme se verifica, a pirâmide etária de Portalegre traduz-se por um envelhecimento demográfico, quer na base quer no topo, cujo formato é o de uma base afunilada – redução da taxa de Natalidade – com reflexos no topo (alargamento), - aumento da taxa de mortalidade.

O índice de envelhecimento do concelho ultrapassa significativamente o **índice de envelhecimento do Continente (102,3%)**.

**Índice de envelhecimento do Concelho = 167,3%**, o que significa que para 100 jovens dos 0-14 anos, existem 167 idosos com 65 ou mais.

Gráfico nº 1

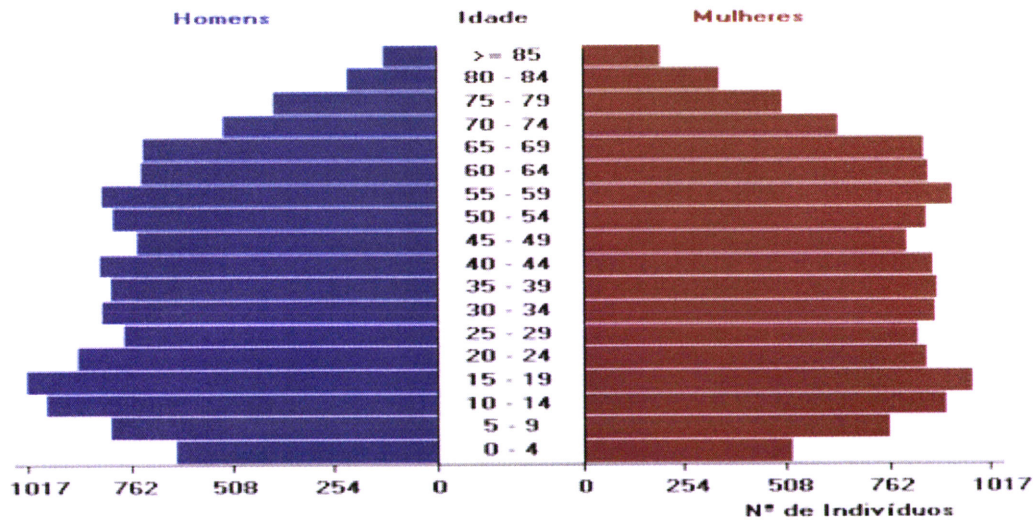
Pirâmide Etária da População Residente 1991 (Censos) Portugal



Fonte: INE “O País em números”, 2005

Gráfico nº 2

Pirâmide Etária da População Residente 1991 (Censos) Portalegre



Fonte: INE “O País em números”, 2005

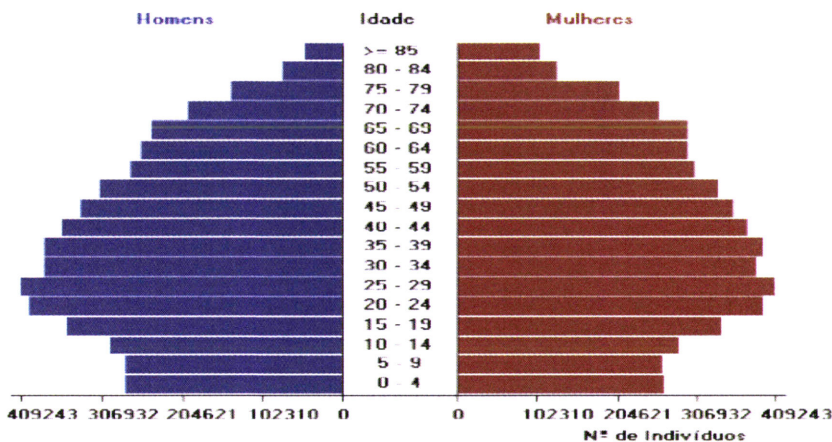
Conforme se verifica, a pirâmide etária de Portalegre traduz-se por um envelhecimento demográfico, quer na base quer no topo, cujo formato é o de uma base afunilada – redução da taxa de Natalidade – com reflexos no topo (alargamento), - aumento da taxa de mortalidade.



O índice de envelhecimento do concelho ultrapassa significativamente o **índice de envelhecimento do Continente (102,3%)**.

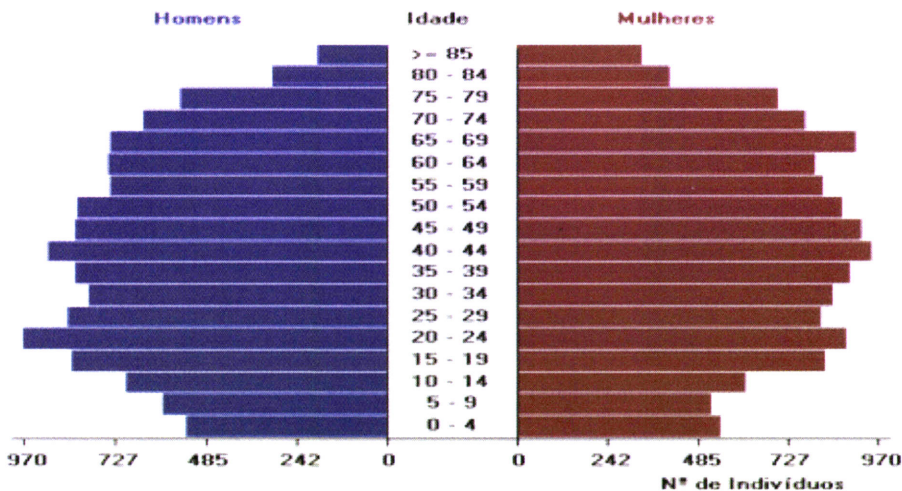
**Índice de envelhecimento do Concelho = 167,3%**, o que significa que para 100 jovens dos 0-14 anos, existem 167 idosos com 65 ou mais.

**Gráfico nº 3**  
**Pirâmide Etária da População Residente 2001 (Censos) Portugal**



Fonte INE, o País em números, 2005

**Gráfico nº 4**  
**Pirâmide Etária da População Residente 2001 (Censos) Portalegre**



Fonte: INE “ O País em números”, 2005

### Quadro nº. 6

**Variação da População Residente, do Concelho de Portalegre, segundo Escalões Etários**

<b>Escalão Etário</b>	<b>1991</b>	<b>2001</b>	<b>Variação entre 1991 e 2001 (%)</b>
0-14	4604	3503	- 23,9
15-24	3726	3513	- 5,7
25-64	13267	13407	1,04
65+	4514	5557	18,7
Total	26111	25980	

Fonte, INE, o País em números, 2005

### Quadro Nº. 7

**Distribuição do Nº. de Nascimentos do Concelho por género e Respectivas Taxas de Natalidade entre 1988 e 2000**

	<b>HM</b>	<b>H</b>	<b>M</b>	<b>‰</b>
<b>1998</b>	223	107	116	8.76
<b>1999</b>	247	122	125	9.69
<b>2000</b>	245	117	128	9.6

Fonte, INE, o País em números, 2005

Nos quadros e gráficos acima apresentados sublinha-se:

- Um decréscimo do número de nascimentos;
- Decréscimo mais acentuado no sexo masculino;
- Um aumento do número de óbitos;
- Um aumento mais acentuado no sexo masculino.

O fenómeno do envelhecimento demográfico, definido como o aumento da importância relativa de idosos reflecte-se em todo o país – exceptuando a Região do Norte e Regiões Autónomas, onde a proporção de jovens é superior à de idosos.

Durante o período inter-censitário (1991-2001) a proporção de jovens diminuiu 4% (20% para 16%). Inversamente a proporção de idosos aumentou aproximadamente 3% (13,6% para 16,4%). O Concelho de Portalegre, regista semelhante tendência. Porém, as proporções são ainda mais significativas em igual período, ou seja a

proporção de jovens diminuiu 5% (18% para 13%) e a proporção de idosos aumentou 4% (17% para 21%).

A população em idade activa regista duas tendências distintas com percurso semelhante ao nível das duas unidades territoriais de análise: Território Português e Concelho de Portalegre: o grupo dos adultos jovens (15-24 anos) observa uma taxa de variação negativa de 5,7% à semelhança da população mais jovem, o que reflecte uma diminuição de efectivos. Em oposição, o grupo etário dos 25 aos 64 anos acompanha a evolução positiva (1,04%) dos idosos do concelho.

A sobrenatalidade e sobremortalidade masculinas contribuem para a maior esperança de vida das mulheres (quer no território Português, quer no Concelho de Portalegre) o que justifica a diferença entre sexos.

A caracterização das famílias remete-nos para a presença de agregados domésticos de reduzidas dimensões, predominando núcleos com 2 e 3 elementos. No que respeita à tipologia, salientam-se as famílias com um único núcleo, no qual predomina o casal de direito com filhos, seguindo-se o casal de direito sem filhos. Embora se verifique algum decréscimo, predomina o formato de família nuclear (casal com filhos). Apesar das famílias sem filhos e monoparentais registarem uma variação positiva no período inter-censitário. O envelhecimento populacional, o aumento dos divórcios/separações e o adiamento da maternidade, contribuem para alterações das estruturas familiares. O Concelho de Portalegre segue a tendência nacional.

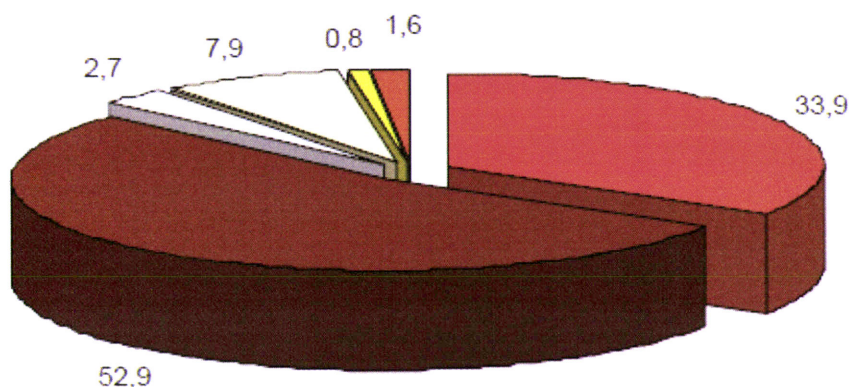
A monoparentalidade regista-se na ordem dos 8% a que correspondem, em números absolutos 738 famílias, das quais 632 são assumidas por mulheres. Esta situação remete-nos, grosso modo, para situações complexas de gestão familiar e em alguns casos originam situações de pobreza e exclusão social.

Aproximadamente 19% do nº total de famílias, representam núcleos unipessoais/pessoas que vivem sozinhas. É um dado significativo e preocupante, uma vez que o isolamento social, muitas vezes associado à dispersidade geográfica do concelho, é um potencial aliado de doenças do foro psíquico que em última análise comportamentos desviantes culminam na adopção de medidas extremas. (INE, o País em números, 2005)



**Gráfico N.º 5**

**Distribuição da População pelo Estado Civil**



Fonte INE, o País em números, 2005

Aproximadamente 56% da população residente é casada, predominando em 53% os casamentos com registo. Os solteiros ocupam aproximadamente 34% desta distribuição, em que o sexo masculino supera o sexo feminino. Contrariamente a esta tendência, as mulheres ocupam 78% da distribuição da categoria “viúvo”, superando os homens nas categorias “separado” e “divorciado”. Da mesma forma se verificam em maior número mulheres em famílias monoparentais.

**Quadro N.º 8**

**Indicadores Demográficos**

	Taxa Natalidade	Taxa Mortalidade	Taxa Excedentes de vida <sup>8</sup>	Índice Envelhecimento
	‰	‰	‰	%
Continente	11.7	10.3	1.4	104.8
Região Alentejo	9.1	14.3	- 5.3	172.9
Alto Alentejo	9.1	15.8	- 6.7	192.8
Castelo de Vide	7.1	18.6	- 11.6	211.3
Crato	4.2	22.6	- 18.5	275.8
Marvão	7.3	20	- 12.8	277.7
Nisa	7.2	20.1	-12.9	508.1
Portalegre	9.6	13	- 3.4	167.3

Fonte: INE, o País em números, 2005

Os indicadores demográficos acima apresentados permitem estabelecer 4 níveis de comparação: País, Região Alentejo, Alto Alentejo e Concelho.

Realçam-se alguns dados particularmente significativos relativamente a Portalegre:

- Todos os Concelhos do Norte Alentejano apresentam uma taxa de natalidade inferior à do continente e até mesmo à da região Alentejo, à excepção de Portalegre, que apresenta, em relação a este nível, valores percentuais mais elevados.

- A taxa de mortalidade é, ela mesma, superior à do Continente.

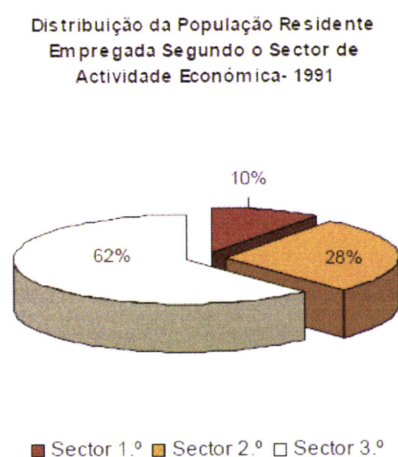
Uma vez mais Portalegre regista uma taxa de mortalidade inferior à verificada na região do Alentejo e, particularmente, em relação ao norte Alentejano.

- O Excedente de Vidas<sup>1</sup> apresentando valores negativos, situa-se abaixo dos valores percentuais registados nas zonas mencionadas

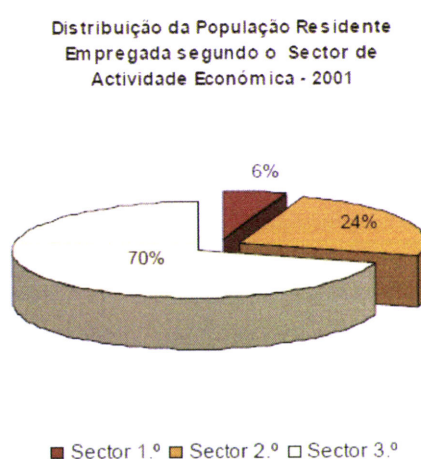
- Por último, o índice de envelhecimento confirma todas as tendências já apontadas anteriormente, destacando-se neste caso particular facto de se tratar de uma capital de Distrito, o que poderá atenuar este indicador, através do “poder de atractividade”.

### 5.2. Estrutura sócio-económica

A configuração do tecido produtivo local, regista uma tendência semelhante à da Região Alentejo, em que, o sector terciário se demarca significativamente dos restantes.



Fonte: INE, o País em Números, 2005



Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação, 2001

<sup>1</sup> Excedente de Vidas é a diferença entre o nº de nados vivos e o nº de óbitos ocorridos durante o ano, referente à população média desse ano

No período inter-censitário em análise, apesar de se verificar um acréscimo de 6,7% dos efectivos empregados (1991 – 10517, 2001 – 11276), o sector terciário distanciou-se ainda mais dos outros sectores que registaram um decréscimo de 4%.

Dada a preponderância que o sector terciário assume nesta distribuição, cumpre informar que o mesmo se encontra dividido em serviços de natureza social e serviços relacionados com a actividade económica como se pode ver no quadro seguinte:

### Quadro N.º 9

#### Tipologia do Sector Terciário por Sexo

Serviços Natureza Social			Serviços Relacionados com a Actividade Económica		
Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
4976	1940	3036	2948	1597	1351
Total Global - 7924					

Fonte: INE, Recenseamento da População e Habitação, 2001

Os serviços de natureza social ocupam aproximadamente 63% do sector, onde predomina o sexo feminino. Nos serviços relacionados com a actividade ambos os sexos têm uma representatividade semelhante.

No seguimento desta temática é de referir que o Concelho de Portalegre apresenta uma taxa de actividade de 46,4%, representa em aproximadamente 51% pelo sexo masculino e 42% pelo sexo feminino. Este indicador é preocupante uma vez que apenas 50% da população produz riqueza do ponto de vista económico. O sector secundário é o que apresenta o maior ganho médio mensal dos estabelecimentos por conta de outrem.

Relativamente à distribuição da população residente empregada do concelho por grupos de profissões, predominam os trabalhadores não qualificados e o pessoal de serviços e vendedores. Seguem-se os operários, artífices e trabalhadores similares.

De acordo com as estatísticas da Direcção Regional do Alentejo, a Superfície Agrícola Utilizada (SAU) assume valores na ordem dos 92%, sendo a sua área média de exploração de cerca de 41 hectares. A maior extensão de superfície é ocupada por culturas temporárias, seguindo-se o pousio.

A intensidade de utilização da SAU por culturas temporárias é de 101,7% e para prados, forragens e pastagens é de 104,7%.

No que respeita ao Concelho de Portalegre, a intensidade de exploração da SAU é ligeiramente superior, sendo que 110,9% da superfície é ocupada por culturas temporárias e 112,3% por prados, forragens e pastagens. Das culturas permanentes destaca-se também os prados e pastagens, com cerca de 17.680 hectares de Superfície Agrícola Utilizada.

## 6. O SUICÍDIO DOS IDOSOS E OS PRINCIPAIS IMPACTES NA ESTRUTURA FAMILIAR

### 6.1. O quotidiano do idoso

Na tentativa de perceber o quotidiano do idoso, sobressaíram as seguintes categorias relativamente a esta área temática: Relação Familiar, Povoamento, Temperamento/personalidade, Doença, Dificuldades, conforme o quadro seguinte:

Quadro nº.10

#### O quotidiano do Idoso

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
O quotidiano do idoso	Relações/Convivências	Conjugalidade
		Familiar
		Vizinhos/Colegas/Amigos
		Habitação
		Modo de Ser habitual
		Religião
	Doenças	Física
		Mental
	Dificuldades	Questões do quotidiano
		Questões emocionais
		Questões económicas
		Hábitos alcoólicos

No que concerne às Relações/convivências, a sua divisão é feita em seis subcategorias: Conjugalidade, familiar, vizinhos, colegas, habitação, modo de ser habitual e Religião.

Assim ao analisarmos a conjugalidade como condição de saber se viviam sós ou acompanhados, relativamente à população estudada, verificou-se uma predominância de pessoas a viver acompanhadas



*“...Vivia acompanhado com a esposa” (E1)*

*“...Vivia com a minha mãe ....” (E2)*

*“ ...Vivia com a esposa.” (E3), (E4) e (E6)*

Apenas uma idosa era viúva e vivia sozinha.

*“...Vivia sozinha.” (E5)*

Um outro aspecto mencionado foi o relacionamento familiar estabelecido com os familiares. No que concerne ao cônjuge, a maioria dos casais davam-se bem:

*“...Davam-se bem.”*

*“...Muito bem. Eram muito amigos um do outro, partilhavam tarefas. Davam-se Bem.” (E2)*

*“...Davam-se bem. Eram amigos um do outro.” (E5)*

No entanto constata-se que havia sujeitos com um relacionamento difícil, como se reflecte nas descrições abaixo:

*“...Com a minha mãe tinha mau relacionamento, pois, especialmente após beber, havia brigas constantes, sendo que o ambiente familiar era muito mau e até degradante ...a esposa foi sempre vítima de maus tratos.” (E4)*

*“...Era uma pessoa com um relacionamento difícil. Sempre se deu mal com a minha mãe. Brigavam muito.” (E6)*

No que concerne ao relacionamento com os filhos, a maioria dos sujeitos tinham bons relacionamentos, muito embora se verifique através dos discursos que tinham comportamentos e maneiras de ser diferentes.

*“...Dava-se muito bem com os filhos, eram as pessoas que ele mais amava”. (E1)*

*“...Dava-se bem. Praticamente vivia com a filha.” (E2)*

*“...Com os filhos normal, contudo, por vezes também existiam problemas, pois o facto de dois serem solteiros e viverem em casa da vítima, apresentando idades elevadas na casa dos 40 anos, potenciava comportamentos conflituosos entre a família.” (E4)*

*“...Relacionava-se muito bem. Eu, dado a proximidade de residência ia muito a casa dela. Deixava a minha filha muitas vezes aos seus cuidados. Tinha-mos uma relação muito próxima. Os meus irmãos viviam em cidades diferentes, mas vinham visitá-la uma a duas vezes por mês.” (E5)*

*“...Não era carinhoso, no entanto dava-se bem com os filhos. Era muito autoritário, muito embora com a idade fosse ficando mais vulnerável.” (E6)*

No que respeita ao relacionamento com os irmãos, a maioria dos entrevistados menciona haver um bom relacionamento, mas com visitas pouco frequentes:

*“...Tinha cinco irmãos, relacionavam-se bem, mas devido à distancia a que moravam uns dos outros, as visitas não eram muito frequentes....visitavam-se mais ou menos de dois em dois meses.” (E1)*

*“...Relacionava-se bem, mas raramente se visitavam, embora vivessem relativamente perto uns dos outros.” (E2)*

*“...Tinha uma grande relação de proximidade com um dos irmãos. Como este era solteiro visitava-a todos os dias. O outro irmão vivia no estrangeiro, e visitava-a uma vez por ano.” (E5)*

*“...Falavam-se, mas não eram de andar em casa uns dos outros. Como viviam na mesma localidade viam-se com muita frequência. Mas não se visitavam.” (E6)*

Também em relação às relações e convivências com vizinhos, colegas e amigos, a maioria mantinham um bom relacionamento. Com o passar dos anos as relações foram-se atenuando, muito por força da idade:

*“...Sim....tinha um bom relacionamento com os vizinhos e com os amigos também. Até tinha muitos amigos... Mas há medida que os anos passaram foi perdendo esses laços, principalmente com os colegas de trabalho e com os amigos...isolou-se bastante, Com os vizinhos, dava-se bem, mas não era de muitas conversas...vivia a vida à sua maneira.” (E1)*

*“...Relacionava-se bem com toda a gente, era calmo, mas com a bebida era conflituoso, tanto em casa como na comunidade. Pertencia a uns grupos de Caça e Pesca e Festa dos “Franciscos.” (E2)*

*“...Muito bom, deslocando-se com frequência ao quartel para visitar os colegas ou simplesmente para tratar de alguns documentos de que necessitava.” (E3)*

*“...Colegas de trabalho, mas sobretudo vizinhos da quinta que detinha nas imediações da cidade e onde passava parte do seu tempo, mesmo antes de estar reformado.” (E4)*

*“...Dava-se muito bem com as vizinhas. Ajudavam-se mutuamente. Recorria às vizinhas quando necessitava de alguma coisa.” (E5)*

*“...Dava-se bem. Pertencia a uma associação das casas do povo. Nos últimos anos tinha desistido. Já quase não saía de casa...o meu pai tinha um feitio muito peculiar. Dava-se muito melhor com os vizinhos e amigos do que com a família. Principalmente a esposa, os filhos e os irmãos.” (E6)*

No que respeita à Habitação, todos tinham casa própria, vivendo uns em melhores condições que outros, mas a maioria viviam em condições normais.

*“...As condições de habitação eram boas. Não era uma casa nova, mas tinha as condições necessárias para poder viver nela. Mas não era de luxos...uma casa de aldeia. Era dele, sempre viveu ali, estava feita à sua maneira.” (E1)*

*“...Vivia em condições normais, uma casa muito humilde.” (E2)*

*“...Excelentes, pois havia adquirido um apartamento no centro da cidade com todas as condições.” (E3)*

*“...Vivia bem. Tinha uma casa grande, com boas condições.” (E5)*

Segundo os relatos dos entrevistados, só um sujeito vivia em condições mais precárias:

*“... Vivia numas condições muito más.” (E4)*

Quando questionados sobre o modo de ser habitual dos seus familiares, a maioria relataram que eram pessoas calmas e afáveis, com fortes personalidades e maneiras de ser muito próprias:

*“...Foi sempre um homem muito calmo. Devido à sua profissão, relacionava-se com muitas gente...não me lembro que alguém tenha feito queixas dele.” (E1)*

*“...Relacionava-se bem com toda a gente, era calmo, mas com a bebida era conflituoso, tanto em casa como na comunidade.” (E2)*

*“...Muito calmo e afável, sendo muito amigo dos seus amigos com quem tinha um relacionamento muito próximo.” (E3)*

*“...Tinha uma personalidade muito forte, o que ela dizia era lei. No entanto era reservada, introvertida, pouco comunicativa.” (E5)*

*“...Temperamental. De poucas falas. Dificuldade em se relacionar com as pessoas.” (E4)*

*“...Era temperamental. Personalidade muito forte.” (E6)*

No entanto houve mudanças de hábitos no período antecedente ao suicídio, como se pode verificar pelos discursos, verificando-se depressão e grande isolamento das vítimas:

*“...Sim, pois queixava-se com muita frequência da doença, fazendo-o de forma revoltada, com a má sorte que sentia por ter aquela doença.” (E2)*

*“...Sim, elevada depressão.” (E3)*

*“...Sim, andava muito deprimido, tendo-se afastado de tudo, vivendo muito isolado e bebendo cada vez mais.” (E4)*

*“...Sim. Isolou-se completamente.” (E5)*

*“...Cada vez mais isolado em casa.” (E6)*

Quanto à religião a que pertenciam, a maioria eram católicos:

*“...Era católico...não era praticante, mas tinha as suas devoções...há um ritual que ele fazia todos os anos...ia à missa do galo.” (E1)*

*“...Era Católico.” (E3)*

*“...Era católico não praticante.” (E6)*

*“...Católica praticante. Todos os domingos ia à missa.” (E5)*

Dois dos sujeitos pertenciam a outra religião:

*"...Era Jeová." (E2)*

*"...Jeová." (E4)*

Quando questionados sobre as doenças dos seus familiares, segundo os seus relatos, a maioria sofria de doenças físicas:

*"...Há cerca de 5 anos surgiu-lhe uma doença grave, Cancro da Próstata." (E1)*

*"...Doença de Hazeymer." (E2)*

*"...Diabetes, hipertensão e reumatismo." (E4)*

*"...Tumor no intestino." (E5)*

*"...Tinha muita dificuldade em deslocar-se." (E6)*

Pelos discursos dos entrevistados constata-se que, embora os seus familiares não sofressem de nenhuma doença mental, sofriam do sistema psicológico:

*"...Sim, elevada depressão." (E3)*

*"... Não tinha perturbações mentais, mas a doença afectou o seu sistema psicológico sem dúvida nenhuma." (E5)*

*"...Sim, andava muito deprimido, tendo-se afastado de tudo, vivendo muito isolado e bebendo cada vez mais." (E6)*

Ao pretender saber as dificuldades que tinham as vítimas de suicídio relativamente do quotidiano, a maioria dos relatos afirmam que eram muitas, e com o decorrer dos anos e as doenças, foram-se agravando:

*"... Como lhe disse anteriormente, era reservado, não era de muitas conversas. Nos últimos anos devido à doença isolava-se cada vez mais. No seu dia-a-dia deslocava-se para o lar e regressava a casa, pois aquele funciona somente como Centro de Dia, com fornecimento de refeições." (E1)*

*"...Vivia pacatamente e bebia diariamente. Quando tinha as crises da doença, vivia como num mundo à parte imaginado por ele, completamente fora da realidade. Vivia como se tivesse menos 50 anos, falava das coisas da sua juventude, pois só se lembrava desse período da sua vida." (E2)*

*"...Trabalhava na sua Quinta e arranjava sapatos, sendo um homem muito trabalhador e economizado." (E3)*

*"...Era uma pessoa amargurada com a vida, que estava sempre mal disposto e que se refugiava no álcool." (E4)*

*"...A reforma veio a reforçar ainda mais a solidão. Nem os filhos nem os netos conseguiram fazê-la ultrapassar o desgosto da morte do meu pai." (E5)*

*"...Sempre foi muito trabalhador, muito activo. Nos últimos anos ficou muito parado. Estava muito em casa. À tardinha sentava-se com os amigos e vizinhos nos bancos da praca junto à sua casa, e assim era passada a sua vida quotidiana." (E6)*

Relativamente às Questões Emocionais, verifica-se pelos discursos dos familiares que eram pessoas, na sua maioria amarguradas, com muitos problemas emocionais:

*“...Sim, pois queixava-se com muita frequência da doença, fazendo-o de forma revoltada, com a má sorte que sentia por ter aquela doença.” (E2)*

*“...O facto de eu me ter divorciado “mexeu” muito com ele, tendo aceite muito mal tal situação, adoptando-a como sendo sua. Começou por apresentar alguns sintomas de revolta, ao que se sobrepuseram sintomas de depressão que se foram acentuando progressivamente, pois quando se despedia de mim nas visitas frequentes que também me fazia, chorava disfarçadamente ao sair ao portão da quinta que possuo perto da dele. Eu lá o animava como podia, mas ele sofria em silêncio pois foi sempre uma pessoa muito reservada e introvertida.” (E3)*

*“...Sim, andava muito deprimido, tendo-se afastado de tudo, vivendo muito isolado e bebendo cada vez mais.” (E4)*

*“...Como lhe disse, tinha uma personalidade forte. Dava-se muito bem com o meu pai, mas com a morte dele tornou-se muito introvertida. Procurava a solidão. Quando se reformou ficou ainda mais introvertida, não desabafava com ninguém, nem com os filhos. Apanhei-a muitas vezes a chorar, mas nunca me dizia porquê. Dizia apenas que se lembrava muito do meu pai. A minha mãe não conseguiu ultrapassar a morte do meu pai... muito desanimada, sentia-se sozinha.” (E5)*

*“...Sempre muito desanimado. Não aceitou o facto de deixar de trabalhar. Sentia-se inútil.” (E6)*

Quando questionados sobre as condições económicas dos seus familiares, a maioria afirmou que viviam das pensões, com rendimentos muito pequenos:

*“...Normal, embora os rendimentos fossem pequenos, o facto de tomar as refeições no Centro de Dia associado ao facto de viver na sua casa, permitia fazer uma vida relativamente normal.” (E1)*

*“...Vivia com dificuldades económicas, pois a pensão de reforma era somente de 300€, sendo que gastava parte considerável em bebidas alcoólicas, que consumia diariamente.” (E2)*

*“...Má. Vivia com muita dificuldade. Gastava tudo em bebida.” (E4)*

*“...Vivam das reformas, mas sem dificuldades económicas.” (E6)*

Quando questionados sobre os hábitos alcoólicos das vítimas de suicídio, verifica-se através dos seus discursos que a maioria consumiam bebidas alcoólicas com muita regularidade:

*“...Bebia de vez em quando e com alguma frequência...quando se juntava com os amigos.” (E1)*

*“...Bebia com muita abundância, tendo diariamente necessidade de o fazer, pois estava completamente dependente de tal consumo, facto que originava que somente após estar completamente alcoolizado é que regressava a casa, potenciando-se desta forma os conflitos familiares e de saúde, na medida em que ficava extremamente fragilizado física e psicologicamente.” (E2)*

*“...Sempre bebeu com muita frequência...diariamente.” (E6)*

### 1ª ÁREA TEMÁTICA – CONCLUSÕES

#### As dificuldades na vida quotidiana dos idosos foram:

**1 - Relações/convivências – Conjugalidade** (a maioria viviam acompanhados do cônjuge.), **Familiar** (tinham bom relacionamento com os cônjuges, com os filhos, com os irmãos), **vizinhos, colegas e amigos** (também se constata um bom relacionamento).

**2 - Habitação** (a maioria tinham casa própria).

**3 - Modo de ser habitual** (na maioria pessoas calmas e afáveis, com personalidades e maneiras de ser muito próprias. No período antecedente ao suicídio mudaram a sua maneira de ser, tornaram-se revoltados, isolaram-se e com elevados níveis de depressão).

**4 - Religião** (na maioria eram católicos).

**5 - Doenças – Físicas/mentais** (sobressai na análise algumas doenças físicas como, Hazeymer, tumores, diabetes, hipertensão arterial, dificuldades de locomoção e doenças do foro psicológico).

**6 - Dificuldades** – Questões económicas (com dificuldades económicas, fracos rendimentos, viviam das pensões). Questões emocionais (com a idade e doenças, tornaram-se pessoas amarguradas, revoltadas, com depressão e isolaram-se).

### 6.2. Expectativas do idoso face aos apoios externos

Quadro nº.11

#### Expectativas do idoso face aos apoios externos

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Expectativas do idoso face aos apoios externos	Ajudas/apoios	Família
		Vizinhança/amigos
		Acolhimento/instituição

Ao conhecer as dificuldades que estes idosos sentem na sua vida quotidiana, foi também importante recolher informação acerca do tipo de ajuda de que usufruem. Verifiquei que as ajudas se situavam ao nível de apoios no seu dia-a-dia, sendo essas ajudas efectuadas por familiares, vizinhos e amigos, sendo as ajudas vindas de outras redes de suporte, como as formais, menos evidentes.

A ajuda prestada pela rede familiar/vizinhança foi a realidade transmitida por esta população, vindo essencialmente dos filhos e genros e também dos vizinhos e amigos.

*“...Era aos filhos que recorria com mais frequência. Mas tinha um grande apoio dos vizinhos e amigos, iam olhando por ele no seu dia-a-dia.” (E2)*

*“...Recorria sempre à filha e ao genro.” (E3)*

*“...Recorria sempre aos filhos.” (E4)*

*“...A mim e aos vizinhos mais próximos.” (E5)*

*“...Recorria aos filhos. Como eu era a única filha, era a mim que ele recorria mais, pedia também muitas vezes ajuda aos vizinhos.” (E6)*

Evidenciou-se na análise efectuada, que são as solidariedades inter-geracionais as mais relevantes na ajuda a estes idosos.

Também segundo o estudo de Pedro Vasconcelos, afirma que “as solidariedades e entreajudas familiares funcionam com base em redes de pessoas, particularmente parentesco, ...sendo as solidariedades familiares, particularmente as inter-geracionais, que têm uma importância relevante.” (Vasconcelos, 2002:508).

Foram menos evidentes as ajudas de vizinhos e amigos, muito embora alguns idosos recorressem a este tipo de ajudas informais secundárias.

Também segundo Madalena Alarcão “...as fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear nem à família extensa, mas incluem o conjunto dos seus vínculos interpessoais: família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais” (Alarcão, 1998:97).

Também segundo Relvas (1998), a visão sistémica confere à família uma dimensão que ultrapassa a linearidade de um número restrito de indivíduos ligados por laços biológicos ou legais.

Ao nível institucional, pelos discursos dos entrevistados, verifica-se que é uma região em que há poucas respostas sociais:

*“...Há falta de respostas sociais, nomeadamente para idosos.” (E3)*

*“...Sim, existem carências ao nível do apoio aos idosos em termos de lares e centros de dia, com ocupação diária dos idosos para passarem o tempo de forma interessante.” (E4)*

*“...Há muita falta de respostas sociais.” (E5)*

*“...Não falo só a nível de lares, mas sim de apoio ao idoso Não há políticas sociais para ajudar os idosos.” (E6)*

Quanto à busca de apoio por parte dos idosos de instituições, constata-se que não existe procura de apoio a este nível, a maioria nunca estiveram institucionalizados e tinham uma perspectiva muito negativa em relação aos lares.

*“...Má, nem queria ouvir falar.” (E2)*

*“...Não queria ser institucionalizado.” (E3)*

*“...Má. Não queria ouvir falar em lares.” (E4)*

*“...Era muito negativa. Dizia que os filhos que colocavam os pais nos lares não lhe tinham amor.” (E5)*

*“...Queriam ver-se livres deles.” (E6)*

### 2ª ÁREA TEMÁTICA - CONCLUSÕES

#### **As expectativas do idoso face aos apoios externos foram:**

**1 – AJUDAS/APOIOS – acompanhamento no quotidiano,** (a ajuda pela rede familiar/vizinhança é essencialmente dos filhos e genros, e quando não têm a família alargada próxima, recorrem aos vizinhos e amigos, etc.,) Em relação ao nível Institucional, não pediam ajuda e acima de tudo tinham uma perspectiva muito negativa sobre os lares.



### 6.3. Alterações no estilo de vida do idoso face à reforma

Quadro N.º12

#### Alterações no estilo de vida do idoso face à reforma

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Alterações no estilo de vida do idoso face à reforma	Estado de espírito	Conformado
		Desanimado

Na tentativa de perceber as alterações ocorridas nos seus modos de vida, procurei saber como tinham aceite a reforma e quais as alterações que esta mudança na sua vida lhes provocou, verificando que alguns idosos estavam desanimados com o seu estado de reformados.

*“...Desanimado, pois deixou de trabalhar e isso deixou-o muito insatisfeito. O trabalho era pesado mas a reforma trouxe-lhe a sensação que era inútil. Com a reforma o seu estilo de vida mudou completamente. Ficou muito mais em casa. Com o passar dos anos foi-se isolando.” (E1)*

*“...Desanimado e triste. A reforma veio potenciar o consumo de bebidas, pela disponibilidade que tinha e pela proximidade de uma taberna de sua casa.” (E2)*

*“...Desanimado. A reforma mudou completamente o seu estilo de vida. Deixou de ter a responsabilidade de horários e muito triste, não saía de casa, foi-se isolando cada vez mais.” (E4)*

*“...Como lhe disse muito desanimada, sentiu-se sozinha.” (E5)*

*“...Sempre muito desanimado. Não aceitou o facto de deixar de trabalhar. Sentia-se inútil.” (E6)*

Apenas um idoso se sentiu animado perante a situação de reforma:

*“...Muito satisfeito, conformado, na medida em que tal lhe permitiu ter maior disponibilidade de tempo para os seus trabalhos na quinta e no arranjo dos sapatos” (E3)*

### 3ª ÁREA TEMÁTICA - CONCLUSÕES

#### Alterações no estilo de vida do idoso face à reforma foram:

**1 – Estado de Espírito: Desanimado** - a maioria dos idosos ficou muito desanimado perante a reforma, sendo patente a solidão e o sentimento de inútil. Apenas um idoso ficou Animado com a passagem à reforma.

6.4. Alterações do quotidiano das famílias face à morte do familiar

Quadro N.º13

Alterações do quotidiano das famílias face à morte do familiar

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Alterações do quotidiano das famílias face à morte do familiar	Efeitos na família	Culpa
		Trauma/constrangimento
		Valorização/importância
		Atenta

Efeitos na Família

Quando inquiridos sobre como tinham reagido à morte dos familiares, foram unânimes em afirmar que se sentem culpados:

*“...A minha mulher reagiu muito mal, pois julgou-se culpada. Pensou que devia ter valorizado as outras tentativas de suicídio, devia ter pedido auxílio a profissionais competentes, devia ter falado com o médico...ficou com um grande peso na consciência.” (E1)*

*“...Sinto-me culpado, muito mal. Não estava nada à espera, penso que poderia ter feito alguma coisa para o evitar.” (E2)*

*“...Fiquei muito triste e revoltada, com sentimento de culpa, incrédula com o sucedido.” (E3)*

*“...Culpada. Pois sinto que poderia ter feito algo para evitar a situação.” (E4)*

*“...Tenho um sentimento de culpa de não a ter ajudado, de não ter reparado nos sinais que ela foi dando.” (E5)*

*“...Sentimento de culpa, tenho medo que a minha mãe cometa o mesmo erro. Fiquei com um vazio” (E6)*

Mas quando questionados se sentiam algum constrangimento em falar do assunto, a maioria respondeu que não:

*“...Não tenho constrangimento em falar. Penso que falando da morte da minha mãe posso ajudar a evitar outros suicídios, pelo menos despertar para esse problema.” (E5)*

*“...Não me sinto constrangido em falar sobre o assunto. Se falando do meu pai, da sua maneira de estar nos últimos tempos posso ajudar a ver sinais que possam evitar outras tragédias.” (E6)*

Também nos seus discursos, relativamente à valorização/importância, que atribuíam à vida depois da morte dos seus familiares, foram unânimes em afirmar que lhe davam muito mais importância e a valorizavam muito mais:

*“...Dou-lhe muito mais importância, pois embora lide normalmente com a morte, com o suicídio na família foi a primeira situação que tive e, considero que não é necessário alguém matar-se porque isso temos todos certo.” (E1)*

*“...É diferente, dou mais valor à vida.” (E2)*

*“...Tento viver da melhor forma possível e um dia de cada vez.” (E3)*

*“...Já lhe dava muita importância e agora com esta situação ainda reforcei mais esse sentimento.” (E4)*

*“...Valorizo a vida muito mais.” (E5)*

*“...Dou muito mais valor à vida.” (E6)*

Quando questionados relativamente à percepção que têm perante a vida, foram unânimes em responder que lhe dão muito mais importância e a valorizam muito mais:

*“...Dou-lhe muito mais importância, pois embora lide normalmente com a morte, com o suicídio na família foi a primeira situação que tive e, considero que não é necessário alguém matar-se porque isso temos todos certo.” (E1)*

*“...Diferente, dou mais valor à vida.” (E2)*

*“...Em termos sentimentais alterou muito, pois tinha um relacionamento muito próximo com o meu pai, que tinha uma vida normal e em certos aspectos muito boa, não existindo assim razões aparentes para se ter suicidado. Tinha todo o apoio da família, mas o facto de ser muito reservado tê-lo-á levado ao suicídio por não ter procurado ajuda através de conversas que deveria ter tido com a família sobre o caso que o atormentava.” (E3)*

*“...Fiquei muito triste e revoltada, com sentimento de culpa, incrédula com o sucedido E4)*

*“...Valorizo a vida muito mais.” (E5)*

*“...Dou muito mais valor à vida.” (E6)*

Também foram unânimes em responder que, com a morte dos familiares ficaram muito mais despidos e atentos aos sinais de intranquilidade dos seus familiares.

*“...Estou muito mais atento.” (E1)*

*“...Sim. Hoje estou mais desperto para pequenas coisas.” (E2)*

*“...Sim, estou muito mais atento aos sinais de intranquilidade das pessoas que me são próximas.” (E3)*

*“...Sim, estou sempre atenta e ajudo com conselhos que penso serem ajustados a cada situação.” (E4)*

*“...Sim, estou muito mais atento.” (E5)*

*“...Sim, estou sempre atenta e ajudo com conselhos que penso serem ajustados a cada situação.” (E6)*

### 4ª ÁREA TEMÁTICA - CONCLUSÕES

**As principais alterações do quotidiano das famílias face à morte dos familiares foram:**

**1 – EFEITOS NA FAMÍLIA – Culpa** (todos os entrevistados consideram-se culpados pela morte dos seus familiares); **Trauma/constrangimento** (a maioria não sentem constrangimento em falar do problema, têm a percepção que falando podem ajudar em outras situações; **Valorização/importância** (por unanimidade todos, todos valorizam e dão mais importância à vida; **Atentos** (todos afirmaram que estão despidos e atentos aos sinais de intranquilidade dos seus familiares).

### 6.5. Situações que levam os idosos a suicidarem-se no concelho de Portalegre

Quadro N.º14

Situações que levam os idosos a suicidarem-se no concelho de Portalegre

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Situações que levam os idosos a suicidarem-se no Concelho de Portalegre	Condições de vida	Isolamento
		Solidão
		Doença
		Medo
		Sufrimento

#### Condições de Vida

Foram vários os factores apontados por estes familiares relativamente ao suicídio dos idosos no Alentejo, em particular no Concelho de Portalegre, como o isolamento, solidão, doença, medo e o sofrimento, como se pode constatar pelos discursos:

*“...Isolamento e as dificuldades da vida, pois em Portugal vive-se muito mal, especialmente no interior do país, nomeadamente a população idosa sem recursos financeiros.” (E1)*

*“...A solidão, as más condições das habitações, o fraco rendimento das famílias e a depressão causada por tudo isto.” (E4)*

*“...Sem dúvida que é o isolamento. Com a idade as pessoas refugiam-se em casa. Com o isolamento surge a depressão, o sentir que já não são prestáveis para a sociedade nem para a*

*família. Muitos vivem sozinhos, não têm ninguém a quem recorrer e encontram essa solução.” (E5)*

*“...A falta de apoios sociais, o isolamento, a solidão, as doenças...levam os idosos a pôr termo à vida.” (E6)*

Quando questionados sobre que medidas, as mesmas deveriam ser feitas ao nível do concelho que viesse de alguma forma contribuir para baixar a taxa de suicídio no mesmo, a maioria respondeu:

*“...Deveriam existir mais instituições, pois as que existem não prestam o apoio necessário ou então criar as valências necessárias nas existentes. Como sabemos a população activa desvaloriza a população idosa. ...os idosos são um fardo para a sociedade e isso leva-os ao isolamento. Eu penso que o poder local podia tomar medidas ao incentivo dos saberes dos mais velhos, integrá-los através de iniciativas tradicionais, valorizar o saber fazer, de maneira que eles se sentissem úteis para a sociedade e vissem reconhecidos os seus saberes. Também é responsabilidade do poder local arranjar passeios, convívios, tentar integrá-los com a população mais jovem (crianças), para a transmissão dos seus saberes e sentirem-se úteis. ...penso que baixando o isolamento, baixaria também a taxa de suicídio.” (E1)*

*“...Mais lares de 3ª Idade e Centros de Convívio.” (E2)*

*“...Deveria existir um Centro de Apoio para ajudar quem necessitasse, tendo um número de telefone grátis para onde as pessoas com problemas pudessem telefonar de forma anónima relatando o seu caso e procurando ajuda através do conselho de técnicos.” (E3)*

*“...As Câmaras Municipais e as Misericórdias poderiam desenvolver mais actividades de passatempos com os idosos de forma a atenuar o isolamento dos mesmos.” (E4)*

*“...As Juntas de Freguesia e a Câmara Municipal, podiam promover actividades com os idosos de forma a que eles se sentissem úteis e verem reconhecidos os seus talentos. Se baixar a taxa de isolamento baixa também a taxa de suicídio.” (E5)*

*“...Tem que passar por políticas sociais de intervenção com os idosos. Nestes meios pequenos, os idosos ficam isolados, não há valorização. A maioria dos idosos não necessitam de dinheiro, mas sim de apoios, tanto ao nível de integração, como também de cuidados de saúde. O principal é não os deixar isolados.” (E6)*

### 5ª ÁREA TEMÁTICA - CONCLUSÕES

**As Principais situações que levam os idosos a suicidarem-se no Concelho de Portalegre**

**1 - Condições de Vida – Isolamento; Solidão; Doença; Medo e Sofrimento** (todos os entrevistados consideram estes factores como responsáveis pelo suicídio no Concelho de Portalegre); consideram ainda que deveriam ser tomadas medidas sociais ao nível do Concelho por parte do Poder Local, principalmente atenuar o isolamento.

### 7 – CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES

São vários os factores que levam uma pessoa a cometer suicídio, não existindo um único factor explicativo. A maioria dos idosos analisados, manifestavam sintomas de grande solidão, de grande isolamento social, provocado quer pelo abandono por parte dos familiares, quer pelas próprias características naturais do concelho ou pelo modo de vida que os idosos persistem em ter, vivendo em pequenas quintas “agarrados” às suas pequenas coisas, sobrevivendo daquilo que a terra lhes dá, quantas vezes em condições com um défice muito acentuado de qualidade, mas, com as quais se identificam porque sempre assim viveram. O facto de terem envelhecido naquelas condições, não lhes causa qualquer problema sendo, na maioria dos casos, relutantes à mudança para casas mais pequenas ou apartamentos, embora com outras condições, na aldeia ou na cidade, em casa dos filhos ou para uma instituição da freguesia, para onde se mudam quando já não têm outra alternativa ou o seu estado de saúde e velhice a tal os obriga.

O isolamento progressivo é, provavelmente, o factor mais importante no desenvolvimento suicida.

A problemática do envelhecimento tem vindo a ganhar representatividade em todo o mundo, essencialmente nos países desenvolvidos não tendo Portugal ficado alheio a tal evolução.

Estas mudanças ocorridas na estrutura populacional acarretaram uma série de consequências a nível social, cultural, económico e político, para as quais a sociedade parece ainda não estar preparada, influenciando desta forma a dimensão e complexidade da problemática.

Segundo Queirós (2000), o grupo etário que apresentou maior crescimento nas últimas décadas é o composto por pessoas com 65 ou mais anos, estando tal facto directamente associado ao aumento da esperança de vida e, consequentemente a uma redução da taxa de mortalidade entre os idosos, fruto dos avanços da medicina, bem assim como da melhoria das condições de vida e da queda das taxas de fecundidade em decorrência da introdução de métodos anticoncepcionais e mudanças na estrutura familiar (Queiroz, 2000).

Assim, o limite cronológico dos 65 anos, sendo meramente administrativo induz facilmente à associação entre reforma e velhice, remetendo para uma representação

colectiva de que o individuo com aquela idade passa a ser idoso, deixando de ser produtivo e, conseqüentemente, marginalizado em especial nos contextos sociais virados para a produção.

O envelhecimento enquanto processo individual é normal, irreversível, inevitável e, apesar de complexo, não é uma doença. Enquanto questão complexa, a velhice deve ser apreendida nas suas múltiplas dimensões e entendida como um processo multifacetado, resultado de alterações que ocorrem ao longo da vida. As soluções passam portanto por vários sectores, sendo as intervenções pluridisciplinares. As acções desenvolvidas devem permitir que esta faixa etária, cresça não só em termos quantitativos, mas também com a melhor qualidade de vida possível.

Segundo Almeida, Laper & Miguel Filho, os idosos formam um grupo etário com características bastante específicas que implicará cada vez mais uma atenção diferenciada nos serviços, políticas assistenciais e benefícios. Tal implica o aumento considerável do interesse tanto dos órgãos governamentais como de profissionais de saúde para as particularidades presentes na vida de pessoas com mais de 65 anos (Almeida, Laper & Miguel-Filho, 1990).

O apoio aos mais velhos deve ser pensado num contexto vasto e dinâmico, tendo em conta as mudanças verificadas nas relações e estruturas familiares. Apesar disso, parece que as mudanças demográficas e as transformações ocorridas, ao longo do tempo, ao nível da família, não ameaçam a intensidade das relações familiares e o convívio intergeracional. A família continua a desempenhar um papel importante no apoio aos idosos. Esta solidariedade intergeracional sofreu, no entanto, algumas alterações na sua forma, tanto a nível afectivo, como instrumental, condicionando o papel das redes de suporte social. Estas não ficam reduzidas à família, são extensivas a outras instituições. A família, como suporte informal, tem um papel muito importante, pois é a que está mais próxima do idoso e provavelmente a que melhor conhece as suas necessidades e limitações. Noutra posição hierárquica aparece o sistema formal de apoio. Embora socialmente mais afastado, constitui uma fonte significativa e complementar de ajuda.

Está lançado um enorme desafio em relação aos idosos, sobretudo no que respeita à implementação de políticas que proporcionem uma vida saudável com qualidade à população idosa, garantindo a sua autonomia, integração e participação efectiva na sociedade, preservando o seu direito à cidadania.

Os estereótipos existentes acerca dos indivíduos mais velhos possuem, quase que invariavelmente, uma relação semântica com fragilidade e ineficácia física, perda de capacidades cognitivas, rapidez comportamental, insuficiência económica e isolamento social, entre outros, embora a definição de um quadro mais ou menos favorável na velhice passa a dar-se pela inter-relação dos factores biológicos, culturais e ambientais aos quais o indivíduo esteve exposto ao longo da vida.

O caminho percorrido ao longo da investigação, teve na sua génese, uma reflexão acerca do fenómeno suicídio, o envelhecimento demográfico e enquanto processo individual, as redes de suporte formais e informais, assim como as alterações do quotidiano das famílias face à morte dos seus familiares.

Pretendi elaborar um estudo que me permitisse analisar o quotidiano do idoso, as expectativas do idoso face aos apoios externos, nomeadamente da família, dos vizinhos, dos amigos e das IPSS e saber quais as situações que levam os idosos a suicidarem-se no Concelho de Portalegre.

Procurei então adoptar um desenho de investigação metodologicamente adequado à problemática em estudo.

A reflexão empreendida e as conclusões a que cheguei permitiram-me atingir os objectivos inicialmente delineados.

Face aos resultados obtidos, através da análise das entrevistas efectuadas, foram estas as principais conclusões a que cheguei:

Os participantes do estudo são em igual número, masculinos e femininos. A sua média de idades é 49 anos. O 9º. Ano, é o nível de escolaridade que prevalece nesta população. Relativamente à situação perante o trabalho, a maioria dos entrevistados estão empregados. O grau de parentesco dos entrevistados em relação ao idoso suicida é essencialmente “filhos”.

Relativamente às áreas temáticas sobressaiu o seguinte:

### **Relações/convivências** – assenta essencialmente em seis aspectos:

- i) Conjugalidade, todos os idosos viviam acompanhados do cônjuge à excepção de uma idosa que era viúva; ii) A nível familiar, tinha um bom relacionamento com os cônjuges, com os filhos e com os irmãos; iii) No que concerne aos vizinhos, colegas e amigos mantinham um bom relacionamento com todos; iv) Ao nível da habitação, todos



viviam em casas próprias; v) Relativamente ao modo de ser habitual eram pessoas calmas e afáveis; vi) No aspecto religioso eram católicos excepto um que eram Jeová.

**Habitação** – todos tinham casa própria. A maioria vivia em condições básicas de habitabilidade. Dois dos idosos viviam em boas condições.

**Modo de ser habitual** – na maioria pessoas calmas e afáveis, com personalidades e maneiras de ser muito próprias, na maioria introvertidas. No período antecedente ao suicídio mudaram a sua maneira de ser, tornaram-se revoltados, isolaram-se apresentando elevados níveis de depressão.

**Religião** – A maioria dos idosos eram católicos, não praticantes, um idoso era Jeová.

**Povoamento** – Verifica-se pela análise das entrevistas, que a maioria vivia em povoamento concentrado.

**Doenças** – Sobressai na análise relativamente a doenças física/mentais, que todos apresentavam doenças físicas como, Hazeimer, tumores, diabetes, hipertensão arterial, dificuldades de locomoção e doenças do foro psicológico.

**Dificuldades** – Assentam essencialmente em dois tipos, i) económicas, vivendo das pensões de reforma. Pela análise constata-se que dois dos idosos viviam em boas condições económicas e financeiras; ii) emocionais, com o aumento da idade e o surgimento de doenças, tornaram-se pessoas amarguradas, revoltadas, com depressões e isolaram-se.

**Hábitos alcoólicos** – A maioria dos idosos masculinos consumiam bebidas alcoólicas com muita frequência, tornando-se conflituosos com os familiares mais próximos, mais concretamente com o cônjuge e os filhos que viviam consigo.

Desta forma podemos concluir, que a maioria dos idosos que se suicidaram no Concelho de Portalegre, no período temporal em análise – 2004 2008 inclusive - viviam com dificuldades de natureza vária, destacando-se as dificuldades económicas e as doenças crónicas que limitavam a sua vida em termos físicos levando-os a sentir-se marginalizados, factos que contribuíram para o aumento do consumo de bebidas alcoólicas e consequente isolamento.

Papalia & Oldi, afirmam que mesmo com a existência de claras discrepâncias entre os idosos, é certo que com o aumento da idade aumentam também as possibilidades do indivíduo apresentar problemas de saúde. Embora muitos idosos gozem de boa saúde e não apresentem limitações relevantes decorrentes de problemas

de saúde, uma parcela considerável dos idosos apresenta problemas crónicos de saúde ou outra condição potencialmente limitadora das suas capacidades (Papalia & Oldi, 2000).

Muitos idosos apresentam problemas de ordem psiquiátrica ou neurológica, com destaque para os problemas cognitivos e os transtornos de humor (Moore & Bona, 2001), depressão um lugar de destaque, tendo as alterações comportamentais do idoso uma associação a eventos orgânicos ou ambientais. Para Bromley (1990), a depressão em idosos parece ser uma resposta natural às múltiplas perdas e outros factores stressantes associados ao envelhecimento.

Identificados que estavam as vivências no quotidiano do idoso, que contribuíram para perceber como era passado o seu dia-a-dia, era importante perceber as expectativas dos idosos face aos apoios externos. Assim, era importante saber que tipo de apoios/ajudas recebiam estes idosos:

**Acompanhamento no quotidiano** - A ajuda pela rede familiar, vizinhança e amigos é essencialmente dos filhos e genros, e quando não têm a família alargada próxima, recorrem aos vizinhos e amigos. Quando se trata de apoio institucional, não pediam ajuda e acima de tudo tinham uma perspectiva muito negativa sobre a institucionalização.

Evidenciou-se na análise efectuada, que são as solidariedades inter-geracionais a nível familiar, as mais relevantes na ajuda a estes idosos.

Também segundo o estudo de Pedro Vasconcelos, “as solidariedades e entreajudas familiares funcionam com base em redes de pessoas, particularmente do parentesco, sendo as solidariedades familiares, em especial as inter-geracionais, que têm uma importância relevante.” (Vasconcelos, 2002:508).

Foram menos evidentes as ajudas de vizinhos e amigos, muito embora alguns idosos recorressem a este tipo de ajudas informais secundárias.

Também segundo Madalena Alarcão “...as fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear nem à família extensa, mas incluem o conjunto dos seus vínculos interpessoais: família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais” (Alarcão, 1998:97).

Ainda segundo Relvas (1998), a visão sistémica confere à família uma dimensão que ultrapassa a linearidade de um número restrito de indivíduos ligados por laços biológicos ou legais.

Para melhor compreender esta temática, é importante conhecer as **alterações no estilo de vida do idoso face à reforma**. Essencialmente foram referidas:

**Estado de espírito, conformado/desanimado**, a maioria dos idosos ficou muito desanimado perante a reforma, sendo patente a solidão e o sentimento de inutilidade. Apenas um idoso ficou animado com a passagem à reforma. Pelos discursos pude constatar que os idosos com a passagem à reforma sentiram-se inúteis, um fardo para a família e para a sociedade.

Alguns autores referem que as rápidas mudanças que ocorreram nos sistemas produtivos fizeram com que os idosos cada vez mais diminuíssem a sua participação no processo produtivo. Assim, em algumas sociedades, os idosos passam a ser excluídos e rotulados como pessoas improdutivas (Ferraz & Peixoto, 1997).

Identificadas que estavam as vivências do idoso na sua vida quotidiana e o seu estado de espírito, vejamos de seguida **As principais alterações do quotidiano das famílias face à morte dos familiares**. Estas foram:

**Sentimento de Culpa**, do discurso dos entrevistados ressalta que eles deveriam estar mais atentos aos sinais que os seus familiares lhes transmitiram, sentindo-se culpados pela morte dos mesmos; **Trauma/constrangimento**, a maioria não sentem constrangimento em falar do problema, têm a percepção que falando podem ajudar em outras situações; **Valorização/importância da vida**, por unanimidade, todos valorizam e dão mais importância à vida; **Reforço da atenção perante os outros (Atentos)**, todos afirmaram que estão despertos e atentos aos sinais de inquietude dos seus familiares.

Por fim, foi importante saber, na perspectiva dos familiares dos idosos que se suicidaram, quais **as principais situações que levam os idosos a suicidarem-se no Concelho de Portalegre**, tendo sobressaído da análise:

**Condições de Vida** – Relativamente ao isolamento geográfico e social, com a reforma e com o passar dos anos os idosos isolaram-se, refugiando-se nas suas casas. Com a solidão, decorrente do isolamento deixaram de ter contacto com o exterior, a doença levou-os ao sofrimento. Todos os entrevistados consideram estes factores como responsáveis pelo suicídio no Concelho de Portalegre, considerando ainda que deveriam ser tomadas medidas sociais ao nível do Concelho por parte do Poder Local, principalmente para atenuar o isolamento.

A velhice tende a ser mais severa, mais duradoura e mais incapacitante do que em outras fases da vida. A taxa de suicídio aumenta drasticamente na população idosa e as tentativas de suicídio obtêm mais sucesso do que entre os mais jovens, já que os idosos tendem a utilizar métodos mais letais para o suicídio e partilham menos as suas intenções suicidas (De Leo & Ormskesk, 1991).

Alguns factores como a reforma, baixo suporte social, viuvez, abuso de álcool, sintomas de depressão e desesperança, influenciam o comportamento suicida em idosos (De Leo & Ormskerk, 1991).

O isolamento social é um forte factor de risco de suicídio para o indivíduo idoso, sendo que, de um modo geral, quanto melhor for o suporte social, mais fraca é a sintomatologia depressiva. Todas as actividades sociais em que os idosos participam activamente, como as físicas, de lazer, religiosas, serviços religiosos, serviços voluntários são fundamentais para contribuir para a melhoria da vida dos idosos.

Estando provado que não existe uma intervenção eficaz que mostre uma redução dos comportamentos suicidas, tem sido sugerido que a melhor abordagem deste sério problema de saúde pública, será a melhoria da detecção e tratamento da depressão na terceira idade, já que esta patologia constitui um dos maiores factores de risco para o suicídio dos idosos. Esta abordagem poderá ser especialmente eficaz nos cuidados de saúde primária, ao nível dos médicos de família, onde os idosos na sua maioria procuram e recebem os seus cuidados de saúde mental.

Naturalmente, que deverá exercer-se uma atenção especial nos restantes factores de risco mencionados ao longo deste trabalho, que poderão constituir um bom ponto de partida para a elaboração de estratégias de prevenção eficazes.

É praticamente consensual que o percurso de vida, bem como os traços de personalidade de cada indivíduo têm influência na forma de percorrer o *continuum* que vai da ideação suicida ao suicídio consumado. Sendo assim, parece ser fundamental encontrar estratégias que constituam uma ruptura desse percurso.

No idoso, reproduzem-se todas as patologias do adulto jovem, com especial relevo para a depressão. Os reformados, naturalmente também os mais idosos, apresentam elevados índices de depressão.

O Alcoolismo, aparece em 2º lugar como doença determinante de suicídio, vindo depois as situações que comportam a Dor Crónica, que são as frequentes na Terceira Idade.

Além disso, o idoso é também um indivíduo que veio acumulando perdas sucessivas: de trabalho; dos filhos que ganharam autonomia; do cônjuge; da facilidade de adaptação a novas situações; do vigor físico e mental, na maioria dos casos; da saúde e de tantas outras coisas.

Como nos refere Carvalho, a solidão é a inexistência generalizada de relações, sociais ou comunitárias satisfatórias, ou explicitando melhor, é um estado permanente de sofrimento emocional que emerge quando um indivíduo se sente deslocado, não compreendido ou rejeitado pelos outros ou quando não tem parceiros sociais adequados para actividades pretendidas, em particular actividades que proporcionem um sentimento de integração social e oportunidades de intimidade emocional (Carvalho, 2000).

Ao longo deste trabalho o enfoque recaiu em perceber as causas que levam os idosos a suicidarem-se, o papel das solidariedades intergeracionais, as suas potencialidades e os seus limites, assim como perceber os efeitos deste drama nas famílias, estando agora muito mais consciente da complexidade desta problemática.

Assim, penso que pese embora aquela complexidade, bem como a multiplicidade de factores que poderão contribuir para a sua ocorrência, torna-se absolutamente necessário que se tomem medidas equilibradas e ajustadas por forma a atenuar este flagelo social que afecta transversalmente a população portuguesa e cuja incidência aumenta consideravelmente na região Alentejo.

Como foi largamente expresso ao longo deste estudo, não só através de todo o enquadramento teórico, mas, igualmente através da sua componente empírica, o suicídio é um claro exemplo de interacção entre factores individuais e factores sociais e culturais. As perturbações mentais, os antecedentes traumáticas na infância e na idade adulta, os fenómenos de rejeição, o isolamento social, as dificuldades económicas, as perdas e conflitos relacionais, bem assim como os traços de personalidade individuais, como a impulsividade, são factores que podem aumentar seriamente o risco de suicídio.

Podemos assim concluir que o contexto cultural, oferece inúmeras provas de que o suicídio não é um acto puramente individual.

De acordo com a tese de Durkheim, as relações humanas que se estabelecem através de organizações informais e formais podem ser factores de sobrecarga ou libertação individual, podendo constituir os alicerces de um “núcleo de segurança” que aproxima ou afasta as pessoas do suicídio. Os indivíduos em crise encontram-se muitas

vezes em situações sociais e culturais em que os níveis de integração, como o grau de conforto e os sentimentos de pertença e de regulação, como as obrigações e as responsabilidades, exibem um padrão moderado. Nestas condições, as ligações com outras pessoas são capazes de proteger os indivíduos, afastando-os do suicídio.

Para Durkheim, os suicídios são fenómenos individuais cujas causas reais variam de grupo para grupo, de religião para religião, de sociedade para sociedade, sendo assim multidimensional.

Pelas razões apontadas, uma efectiva prevenção do suicídio deverá combinar estratégias dirigidas à população em geral e outras cujos objectivos incidam sobre grupos de maior risco, como é o caso dos idosos.

Assim, penso que no caso concreto de Portugal na medida em que existe grande transversalidade dos factores conducentes à prática do suicídio, mas com especial incidência no interior do país e no caso concreto do Alentejo, deveriam ser tomadas mediadas muito concretas e efectivas que permitissem contribuir para uma melhor vida dos idosos, pois não interessa somente viver, mas, sobretudo fazê-lo de forma feliz, passando tal por proporcionar a este grupo etário, designado habitualmente por Terceira Idade, melhores condições não só de habitabilidade e conforto, mas, essencialmente, assegurar que ao nível da vivência social, pudessem ter um pouco daquilo que afinal nunca conseguiram alcançar na sua vida activa, que, na maioria dos casos foi muito dura.

Refiro-me concretamente, a serem criadas condições diárias ao nível do convívio entre idosos, em espaços públicos que contribuam para que estes criem entre si laços de amizade tal que os levem a manter uma relação activa com os seus pares, apoiados na prática de actividades lúdicas adequadas à sua idade.

Estas actividades deveriam ser coordenadas pelos Gabinetes de Acção Social dos Municípios, que, permanentemente e de forma activa, deveriam planear anualmente aquelas actividades em função da época do ano, tendo assim presente as condições de conforto e tipo de equipamentos, mantendo um corpo de animadores culturais com formação específica para acompanhar e dinamizar todas as acções calendarizadas.

Para além dessas actividades permanentes, deveriam ser planeadas outras pontuais não só no sentido de quebrar a rotina, mas, sobretudo no sentido de criar expectativas nos idosos, que como sabemos, valorizam muito as coisas que lhes são estranhas ou que nunca vivenciaram.

Desta forma, indico algumas actividades que, embora, já se pratiquem em alguns Municípios, são algo de muito distante da maioria dos planos de acção social de outros, como sejam a criação de oficinas de artesanato; ateliers de pintura; salas de convívio, de leitura e de jogos; espaços jardinados com condições para a prática de jogos tradicionais; prática de ginástica adequada através de objectos como bolas e arcos; prática adequada de natação e actividades aquáticas; prática de pesca desportiva em barragens que detenham condições de segurança para a sua prática por este tipo de pessoas; participação em ranchos folclóricos; participação em coros de igreja ou outros; realização de pequenas caminhadas semanais para manutenção de uma boa condição física, e, finalmente a realização de 3 ou 4 passeios turísticos por ano a locais de interesse para este tipo de pessoas.

Por outro lado, com este tipo de actividades, cuja prática deveria ser regular ao longo do ano com carácter sazonal em função da actividade, iria permitir aos idosos manter uma vida activa e recheada de interesse que os fariam, “esquecer” alguns dos problemas próprios da sua idade como as doenças crónicas que a maioria detém; o eventual afastamento da família mais próxima, como os filhos que, na maioria dos casos, mesmo residindo perto, visita os pais com pouca regularidade, não contrariando dessa forma a tendência natural de isolamento a que a maioria dos idosos está sujeita e os consequentes sintomas depressivos, que, em casos extremos os leva a cometer suicídio, ou, no mínimo a viver num permanente clima de infelicidade.

Este tipo de actividades, iria, por outro lado, permitir não só reatar amizades antigas da juventude ou até mesmo da infância podendo criar outras novas, proporcionando desta forma um clima de proximidade entre os idosos, que inclusive os levará a partilhar com aqueles os seus problemas pessoais, de saúde e também as suas alegrias, consolidando-se dessa forma uma verdadeira rede informal de apoio, que, contribuiria, certamente, para uma vida mais saudável e mais feliz dos idosos.

Todas estas acções e outras que em parceria poderiam ser estabelecidas com outras instituições, poderão contribuir decisivamente para algo muito simples, mas, simultaneamente muito importante a que qualquer ser humano tem absoluto direito – viver com a maior dignidade possível.

Desta forma, penso que é urgente a necessidade da criação de um plano geral de prevenção do comportamento suicidário, a nível nacional e sobretudo nas zonas em que

as taxas de suicídio são mais elevadas, mais concretamente no Alentejo e Algarve. Nesta óptica tal plano deveria englobar:

- Uma acção de sensibilização global, no sentido de um melhor esclarecimento da comunidade face aos problemas do suicídio, reduzindo os preconceitos sobre este tema por forma a permitir às pessoas em risco de suicídio, encontrar a ajuda necessária.
- A identificação dos grupos de risco, com medidas adequadas para os idosos, os depressivos, os alcoólicos e os jovens.
- Estudo prévio dos factores mais marcantes da ideação suicida, valorizando os avisos de uma provável conduta suicida, o isolamento, as rupturas sociais e afectivas e o agravamento da doença mental.
- A criação ao nível dos cuidados de saúde, de um serviço de atendimento permanente, com a criação de uma linha S.O.S. que permita dar uma resposta oportuna por técnicos credenciados, a quem pedir ajuda.

A implementação das acções de sensibilização para esta problemática, deveria ser da responsabilidade do Ministério da Saúde, que, através de campanhas de âmbito nacional, faria deslocar, anualmente, técnicos que desenvolveriam a nível local tais acções em articulação com os Municípios. Por outro lado, no que concerne ao apoio permanente através da linha S.O.S., tal deveria ser coordenado pelos Governos Cívicos, que, em articulação com os Municípios, estabeleceriam um planeamento por forma a que os psicólogos, assistentes sociais e sociólogos dessem apoio na área do Distrito através do reencaminhamento da chamada telefónica para aquela linha de apoio.

Sendo o fenómeno do suicídio multifacetado, penso que, se por um lado ele é um gesto individual e privado, por outro a sociedade representa um papel de extrema importância, sendo a integração social uma das possíveis soluções para o impulso suicida, pois só estaremos imunizados contra o suicídio se estivermos socializados.

Relativamente ao tema escolhido para a presente investigação, tal revelou-se extremamente interessante e enriquecedor, pois a importância de que o mesmo se reveste a par da sua abrangência, facilmente nos levam a concluir pela elevada pertinência transversal do mesmo nas sociedades actuais, com especial incidência do grupo etário vulgarmente designado por Terceira Idade.

Seria igualmente interessante, elaborar um estudo comparativo entre os suicídios ocorridos num concelho do interior do Alentejo, como é o caso do presente, e um concelho do litoral do País.



## **8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ABREU, J. L. Pio, (2000); Como Tornar-se Doente Mental**, Quarteto Editora.
- ALBARELO, Luc et al, (1997); Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Edições Gravita.
- ARANTES, Paula, (2003); “Perspectiva Holística do Idoso: Uma Visão Necessária”**, Sinais Vitai, 48:62-66.
- ARON, Raymond, (2000); As Etapas do Pensamento Sociológico**, 5ª ed., Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- AUSLOOS, Guy, (1996); “A Competência das Famílias”**, Lisboa: Climepsi Editores
- BARTELS, S. J., COAKLEY, OXMAN, T. E. et al. (2002); Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *American Journal of Psychiatry*, 10 (4), 417-427.**
- BEAUTRAIS, A.L. (2002); “A case control study of suicide and attempted suicide in older adults: Suicide and life-threatening behavior”**. The American Association of Suicidology, 32 (1), 1-9.
- BERGER, Louise, MAILLOUX-POIER, Danielle, (1995); Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global**, Lisboa: Lusodidacta.
- BEEL, Judith, (1997); Como Realizar um Projecto de Investigação – Um Guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação**, Lisboa: Gravita.
- BINDER, S. (2002); “Safety and the elderly-injuries among older adults: The challenge of optimizing safety and minimizing unintended consequences”**. Injury Prevention, 8 (IV), 2-4.
- BOTELHO, Maria, (1995); “Contributos para uma Abordagem Sociológica: O Distrito de Beja”**, Tese, Universidade de Évora.
- BRIS, Hannelore Jani-Le, (1994); Responsabilidades Familiares pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias**, Lisboa: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.
- CANTOR, C.H. (2000); Suicide in the Western World** In Halton, K. & Van Huringue (Eds.)
- CARVALHO, M.M.P. (2000); Solidão um percurso filosófico**, Saúde Mental, vol. II, nº 1 : 7-11.

**CARVALHO**, Valdecir; **FERNANDEZ**, M,Elida, “**Depressão no Idoso**”, in Matheus papaléo Netto, **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**, S. Paulo: Editora Atheneu.

**CASSORLA**, R.M.S. (coord.) (1991); **Do Suicídio: Estudos Brasileiros**. Campinas: Papirus.

**CHAMPENHOUDT**, L.V., (2003); **Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais**, Gradiva, Lisboa.

**CONWELL**, Y., **DUBERSTEIN**, P.R., **CONNOR**, K., **EBERLY**, S.,**COX**, C. & **CAINE**, E.D. (2002); “**Access to firearms and risk for suicide in middle-aged and older adults**”. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10 (4), 407-416.

**CORDEIRO**, Maria Paula Assis, (1999); “**Avaliação da Saúde em Gerontologia**”, in Maria Arminda Costa e tal, **O Idoso - Problemas e Realidades**, Coimbra: Formassau

**COSTA**, Maria Arminda Mendes e tal, (1999); **O Idoso - Problemas e Realidades**, Coimbra: Formassau.

**DINIZ**, José Alexandre, (1992); “**Cuidados Informais família e Comunidade**”, Cadernos da ARS de Santarém, 21:6, 19-21.

**DUBERSTEIN**, P.R., **CONWELL**, Y., **SEIDLITZ**, L., **DENNING**, D.G., **COX**, C. & **CAINE**, E.D. (2000); “**Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older**”. *Journal of Gerontology Psychological Sciences*, 55B (1), 18-26.

**DURKHEIM**, E, (1982); **O Suicídio – Estudo Sociológico**, Trad. do francês de Luz Cary, M. Garrido, J.V. Esteves. Viseu: Editorial Presença, Lisboa, 2001.

**DUVIGNAUD**, Jean. (1982); **Durkheim**. Lisboa: Edições 70.

**ENCICLOPÉDIA VERBO LUSO-BRASILEIRA DE CULTURA**, (2000); Edição Século XXI. Lisboa: Editotial Verbo.

**ERMIDA**, José Gomes, (1999); “**Processo de Envelhecimento**”in Maria Arminda Costa et-al, “**O Idoso - Problemas e Realidades**”: Coimbra: Formassau.

**FERNANDES**, Ana Alexandra, (1997); **Velhice e Sociedade**, Oeiras: Celta Editora

**FORTIN**, Marie Fabienne, (1999); **O Processo de Investigação – Da concepção à realização**, Loures, Lusociência.

**FONTAINE**, Roger, (2000); **Psicologia do Envelhecimento**, Lisboa: Climepsi Editores, 1ª Edição, Lisboa, Setembro 2000.

**GEMITO**, Maria Laurência Grou Parreirinha, (2004); **“O Quotidiano Familiar do Idoso numa Freguesia Rural do Alentejo”**, Dissertação de Mestrado; Universidade de Évora.

**GHIGLIONE**, Rodolphe; **MATALON**, Benjamin, (1993); **O Inquérito – Teoria e prática**, Oeiras: Celta Editora.

**GIL**, Ana Paula Martins, (1998); **“Solidariedades Inter-geracionais, e Instituições de Velhice”**, Dissertação de Mestrado: Universidade de Évora.

**GIL**, Ana Paula Martins, (1999); **“Redes e Políticas de Solidariedade – Globalização e Política Social”**, Cadernos de Política Social, 1:93-114.

**GIL**, N.P. & **TRAVASSOS**, M. (2003); **“Quero morrer, façam alguma coisa por mim!”: “O corpo e a Comunicação nos comportamentos para-suicidários recorrentes. Psiquiatria Clínica”** 24 (1): 55-59.

**GIL**, António Carlos, (1995); **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, 2ª ed., Oeiras: Celta Editora.

**HERMANO**, Carmo; **FERREIRA**, Manuela, (1998); **Metodologia da Investigação**, Universidade Aberta.

**HESPANHA**, Maria José Ferros, (1993); **Para além do Estado: A Saúde e a Velhice na Sociedade - Providência**, in Boaventura Sousa Santos (Org.), **Portugal: Um Retrato Singular**, Porto: Edições Afrontamento.

**ILHÉU**, José Ramalho, (1993); **“Estratégias de participação Social na População Idosa no Alentejo”**, Economia e Sociologia”, 56: 27-50.

**INE**, (2002); **“População e condições Sociais”**, Revista de Estudos Demográficos, 32: Lisboa.

**JAMISON**, K. R.; (2002); **Quando a noite cai: entendendo o suicídio**. Rio de Janeiro: Gryphus Editora.

**LEME**, Luiz; **SILVA**, Paulo, (1999); **“O Idoso e a Família”** in Matheus Papaléo Netto, **“Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada”**, S.Paulo: Editora Atheneu.

**LEVET**, Maximilienne, (1998); **Viver depois do 60 Anos**, Lisboa: Instituto Piaget.

**LESSARD-HÉRBERT**, Michelle; **GOYETTE**, Gabriel; **BOUTIN**, Gérald, (1994); **Investigação Qualitativa: Fundamentos e práticas**, Lisboa: Piaget.

**LOPES**, Fabiana A.M., **OLIVEIRA**, Flávia A. (2004); Artigo – **“Aspectos Epidemiológicos de Idosos Assistidos pelo Programa de Saúde da Família”** (PSF), Faculdade de Medicina do Triangulo Mineiro (FMTM), Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

- LUDERS, Selenita; STORANI, Maria Sílvia, (1999); **“Demência: Impacto para a Família e a Sociedade”**, in Mateus Papaléo Netto, **“Gerontologia – A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada”**, S. Paulo: Editora Atheneu.
- MACEDO, A.F., (2002); **“Comportamento Suicida”**. *Psiquiatria Suicida*, 23 (1), 29-41.
- MACEDO, A.F., DOURADO, A., VALENTE, J. et al. (2002); **“Comportamento Suicida”**. *Psiquiatria Clínica*, 23(1), 29-41.
- MARTINS, M. F., (1990); **A Tentativa de Suicídio Adolescente**, Da clínica às ciências sociais e humanas, Edições Afrontamento.
- MYNAMO, M. S. A. (2003); **“Auto-violência, Objecto da Sociologia e Problema de Saúde Pública.”**, v. 4, n.2, p.1-11.
- MONTGOMERY, Stuart A. (1995); **“Ansiedade e Depressão”**, Climepsi editores, 2ª edição, Lisboa.
- KENDE, Pierre, S/d, **Os Autores Sociais e Suas Relações**, in A. Akoun e et al, **Enciclopédia Sociológica Contemporânea**, I Vol.,Porto: Rés-Editora.
- KENNEDY, G.J. & TANENBAUM, S. (2002); **“Suicide and aging: International perspectives”**. *Psychiatric Quarterly*, 71(4), 345-362.
- PAPÁLIA, D., Olds, S & Feldman, R. (2001); **O mundo da criança**. Lisboa. McGraw (8ª Ed.).
- PARREIRA, Anabela dos Santos; GONÇALVES, Margarida; ILHÉU, José, **“As Solidariedades Familiares em Populações Idosas”**, *Economia e Sociologia*, 56:51-75.
- PENEDO, Sónia, (1997); **“O Suicídio no Concelho de Odemira”**, Tese, Universidade de Évora.
- PIMENTEL, Luísa, (2001); **O lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias**, Coimbra: Quarteto.
- POIRIER, Jean; VALLADON, Simone; RAYBAUT, Paul, (1995); **Histórias de Vida – Teoria e Prática**, Oeiras: Celta Editora.
- PRATS, L. (1987); **“Aspectos culturais do Suicídio”**, *Psicologia*,V (2) : 181-187.
- QUIVY, Raymond; CHAMPENHOUDT, Luc Van, (1992); **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa, Gravita.
- RITZER, George, (2002); **Teoria Sociológica Moderna**, 5ª Edição, Madrid, Editor McGraw-Hill/Interamericana de España, SAL.

**ROUSSEL, Lous, (1990); “Les Relations Intergénérationnelles au Moment de la Vieillesse des Parents”,** *Gérontologie et Société*, 55:32-45.

**SARAIVA, C. B. (1999); Para-suicídio.** Quarteto Ed. Coimbra.

**SHNEIDMAN, E. (1979); Na Overview: Personality Motivation and Behaviour Theories.** In HANKOFF, L.D. & EINSIDLER B. (Ed.) – *Suicide: Theory and Clinical, Aspects*, PSG, Littleton.

**SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA, (2006); Comportamentos Suicidários em Portugal,** 1ª Edição, Coimbra Redhorse.

**TELHO, Maria, (1995); “Contributos para uma Abordagem Sociológica: O Distrito de Beja,** Tese, Universidade de Évora.

**ULYSSE, Pierre-Joseph, (1997); Le Viellissement des Populations: Les Trente Dernières Années en Perspective,** Santé Canada.

**VALA, Jorge; A Análise de Conteúdo,** in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org), (1986); **“Metodologia das Ciências Sociais”,** 2ª ed., Porto: Edições Afrontamento.

**WHO, (1979); Psychogeriatric care in the community Public Health in Europe I** 10. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

**ANEXOS**

# **ANEXO I**

## **GUIÃO DE ENTREVISTA**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

**MESTRADO EM RECURSOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL**

**GUIÃO DE ENTREVISTA**

**I – IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA**

1.Nome:

2.Sexo:

3.Idade:

4.Nacionalidade:

5.Naturalidade: Freguesia:

5.1.Concelho:

6.Estado civil:

7.Situação Marital:

8.Profissão:

9.Escolaridade:

10.Residência: Freguesia:

10.1: Concelho:

11.Activo:

Desempregado:

Trabalho temporário:

Reformado:

12.Rendimento mensal:

**II – IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO**

13.Nome:

14.Sexo:

15.Idade:

16.Escolaridade:

17:Grau de parentesco com a vítima:

18.Profissão:

19.Residência: Freguesia:

19.1Concelho:



20.Estado Civil:

### **III – ANTECEDENTES PESSOAIS**

21.Composição da família (nº de filhos):

22.1 Filhos de outras relações:

22.Vivia sozinho ou acompanhado:

22.1.Se acompanhado, com quem?

23.Número de irmãos:

23.1.Posição face aos irmãos:

24.Relacionamento habitual:

24.1.Com o cônjuge:

24.2.Com os filhos:

24.3.Com amigos e vizinhos:

24.4.Com ex-colegas de trabalho:

24.5.Com companheiros de clube/associação:

25.Tipo de amigos:

26.Quais as condições da habitação em que vivia

27.Modo de ser habitual:

### **IV – ACONTECIMENTOS DE VIDA RELEVANTES**

28.Que tipo de religião praticava?

29.História de doenças físicas:

29.1.Acidentes recentes ou traumatismos no último ano?

29.2.Se sim, especificar a natureza do traumatismo:

30.História de perturbação mental:

30.1.Se sim, especificar o diagnóstico:

31.História de tratamento psiquiátrico (ambulatório ou internamento)

32.Tinha hábitos alcoólicos?

33. Já tinha havido outras tentativas de suicídio?

33.1. Se sim, quantas?

33.2. Se sim, data da mais recente:

33.3. Pediu ajuda e a quem?

34. Na família já houve outros casos de suicídio?

34.1. Se sim, quem?

34.2. Qual o grau de parentesco com a vítima?

35. Quanto ao seu estilo de vida, como era o seu modo de ser habitual? Fale-me da sua vida quotidiana.

36. Qual a sua situação económica? Tinha dificuldades económicas?

37. Qual era o seu estado de espírito em relação à reforma (desanimado, conformado, satisfeito):

37.1. Houve algumas alterações no seu estilo de vida após se ter reformado?

38. Houve algumas mudanças de hábitos no período antecedente ao suicídio?

39. A que distância vivia da família, filhos, sobrinhos, irmãos, etc.?

40. Quantas vezes visitava a família por semana?

41. Era visitado por esses familiares com alguma regularidade?

42. Tinha algum problema ou doença que lhe tenha surgido antes da sua morte?

43. Teve alguma perda por morte nos últimos dois anos?

43.1. Se sim, qual a relação do falecido com o sujeito?

44. Como caracteriza a região de Portalegre?

45. Que dificuldades sente para a resolução dos problemas da vida quotidiana?

46. Aponte algumas causas que levam ao suicídio nesta região.

#### **IV – RELACIONAMENTO COM INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO**

47. Qual era a perspectiva do seu familiar relativamente aos lares?

47.1. Chegou a estar internado?

47.2. Se sim, em regime de internato ou centro de dia?

47.3.Recebia outro tipo de apoio social?

48.Como era o seu relacionamento com os vizinhos? Com os filhos? Com a comunidade?

48.1.A quem recorria quando tinha algum problema?

49.Em sua opinião, que apoios ao nível do poder local poderiam contribuir para baixar a taxa de suicídio neste Concelho?

### **V – EFEITOS NA FAMÍLIA**

50.O que sentiu com a morte do seu familiar?

51.O que mudou na sua vida?

52.Sente algum trauma ou constrangimento em falar sobre este assunto?

53.Sente que poderia ter feito alguma coisa para o evitar?

54.Em sua opinião o que leva os idosos a suicidarem-se nesta região?

## **ANEXO II**

# **GRELHA INTERPRETATIVA**

# GRELHA INTERPRETATIVA

PERGUNTAS PRINCIPAIS	PERGUNTAS SECUNDÁRIAS	ENTREVISTA 1	ENTREVISTA 2
<p>Agradecer a disponibilidade para a participação, no contexto do convite anteriormente realizado;</p> <p>Garantir a confidencialidade e o anonimato das respostas</p> <p>Solicitar autorização para gravar a entrevista</p> <p>Esclarecer o entrevistado que se pretender interromper, não advém desse facto prejuízo para o próprio.</p>			
<p>I – Identificação da Vitima</p> <p>1-Nome:</p> <p>2-Sexo:</p> <p>3-Idade:</p> <p>4-Nacionalidade:</p> <p>5-Naturalidade:Freguesia:</p> <p>6-Estado civil:</p> <p>7-Profissão:</p> <p>8-Escolaridade:</p> <p>9-Foi reformado quanto tempo?</p> <p>10-Rendimento mensal aproximado:</p> <p>11-Há quanto tempo ocorreu o suicídio?</p>	5.1-Concelho:	<p>Masculino</p> <p>78 anos</p> <p>Portuguesa</p> <p>Ribeira de Nisa, Portalegre</p> <p>Casado</p> <p>Canastreiro</p> <p>4ºano de escolaridade (1º. Ciclo)</p> <p>20 anos</p> <p>250€</p> <p>2 anos</p>	<p>Masculino</p> <p>73 anos</p> <p>Portuguesa</p> <p>Careiras, Portalegre</p> <p>Casado</p> <p>Pedreiro</p> <p>4ºano de escolaridade (1º. Ciclo)</p> <p>13 anos</p> <p>300€</p> <p>3 anos</p>

<p>Identificação dos Entrevistados:</p> <p>12-Nome:</p> <p>13-Sexo:</p> <p>14-Idade:</p> <p>15-Estado Civil:</p> <p>16-Escolaridade:</p> <p>17-Grau de parentesco com a vítima:</p> <p>18-Profissão:</p> <p>19 - Residia com a vítima ou próximo?</p>		<p>Masculino</p> <p>61anos</p> <p>Casado</p> <p>Curso Industrial (9ºAno)</p> <p>Genro</p> <p>Soldador</p> <p>Casas contíguas.</p>	<p>Masculino</p> <p>43 anos</p> <p>Solteiro</p> <p>4ºano de escolaridade (1º. Ciclo)</p> <p>Filho</p> <p>Operador de Refrigeração</p> <p>Vivia com o meu pai na mesma casa</p>
<p>ANTECEDENTES PESSOAIS</p> <p>20 - Composição da família (nº de filhos):</p> <p>22.Vivia sozinho ou acompanhado:</p> <p>23.Número de irmãos:</p> <p>24.Relacionamento habitual/ nº e frequência de visitas:</p>	<p>20.1-Filhos de outras relações</p> <p>22.1.Se acompanhado, com quem?</p> <p>23.1.Relacionava-se bem com os irmãos?</p> <p>24.1.Com o cônjuge:</p> <p>24.2.Com os</p>	<p>Tinha 1 filha. A minha esposa.</p> <p>Vivia acompanhado com a esposa.</p> <p>Tinha cinco irmãos. Relacionavam-se bem, mas devido à distancia a que moravam uns dos outros, as visitas não eram muito frequentes....visitavam-se mais ou menos de dois em dois meses.</p>	<p>Tinha 7 filhos</p> <p>Vivia com a minha mãe e comigo, pois como sou solteiro sempre vivi com eles e ainda um outro meu irmão.</p> <p>O meu pai tinha 9 irmãos.</p> <p>Relacionava-se bem, mas raramente se visitavam, embora vivessem relativamente perto uns dos outros.</p> <p>Com a minha mãe tinha mau relacionamento, pois, especialmente após beber, havia brigas constantes, sendo que</p>

	filhos: 24.3.Com amigos e vizinhos: 24.4.Com ex- colegas de trabalho: 24.5.Com os irmãos: 24.6.Com companheiros de clube/associação:		o ambiente familiar era muito mau e até degradante. Normal, contudo, por vezes também existiam problemas, pois o facto de dois serem solteiros e viverem em casa da vítima, apresentando idades elevadas (na casa dos 40 anos), potenciava comportamentos conflituosos entre a família. Relacionava-se bem com toda a gente, era calmo, mas com a bebida era conflituoso, tanto em casa como na comunidade. Pertencia a uns grupos de Caça e Pesca e Festa dos “Franciscos”. Vivia em condições normais, uma casa muito humilde. O povoamento é muito disperso.
25.Tipo e nº de amigos:		Sim....tinha um bom relacionamento com os vizinhos e com os amigos também. Até tinha muitos amigos... Mas há medida que os anos foram passando foi perdendo esses laços, principalmente com os colegas de trabalho e com os amigos...isolou-se bastante, Com os vizinhos, dava-se bem, mas não era de muitas conversas...vivia a vida à sua maneira.	
26.Quais as condições da habitação em que vivia?		As condições de habitação eram boas. Não era uma casa nova, mas tinha as condições necessárias para poder viver nela. Mas não era de luxos...uma casa de aldeia. Era dele, sempre viveu ali, estava feita à sua maneira.	
27. Características do povoamento?		Relativamente ao povoamento, é concentrado. Foi sempre um homem muito calmo. Devido à sua profissão, relacionava-se com muitas gente...não me lembro que alguém tenha feito queixas dele.	
28.Modos de ser habitual (Temperamento/personalidade):			
<b>ACONTECIMENTOS DE VIDA RELEVANTES</b>			
29.Que tipo de religião praticava?			Era Jeová.
30.História de doenças físicas:	30.1.Acidentes recentes ou traumatismos no(s) último(s) ano(s)?	Era católico...não era praticante, mas tinha as suas devoções...há um ritual que ele fazia todos os anos...ia à missa do galo.  Há cerca de 5 anos surgiu-lhe uma doença	Doença de Hazeymer, sendo em sua opinião esta uma das razões pelas quais o meu pai se suicidou, na medida em que não conseguiu lidar com a situação de forma normal, ficando psicologicamente muito afectado com o surgimento da

31.História de perturbação mental:	30.2.Se especificar a natureza do traumatismo: sim,	grave, Cancro da próstata. A partir desta altura mudou radicalmente a sua forma de estar, consigo e com os outros. Falava na morte todos os dias...sempre que morria alguém na aldeia, dizia que ele era o próximo...esta doença é mortal...não vou cá andar muito tempo.	mesma. Tudo isto associado a um tipo de vida algo deficitário em termos de condições materiais e rendimento reduzido, complementado com o consumo excessivo e diário de bebidas alcoólicas, são indicadores prováveis de grande instabilidade na vida da vítima, que o levam ao suicídio.
32.História de tratamento psiquiátrico (ambatório ou internamento)	31.1.Se especificar o diagnóstico: sim,	Não. Não tinha perturbações mentais, mas a doença afectou o seu sistema psicológico sem dúvida nenhuma... penso ter sido o factor que decisivamente contribuiu para o suicídio pois ele já tinha tentado matar-se antes.	Era seguido por um psiquiatra.
33.Tinha hábitos de consumo de substâncias alcoólicas?			Bebia com muita abundância, tendo diariamente necessidade de o fazer, pois estava completamente dependente de tal consumo, facto que originava que somente após estar completamente alcoolizado é que regressava a casa, potenciando-se desta forma os conflitos familiares e de saúde, na medida em que ficava extremamente fragilizado física e psicologicamente.
34.Já tinha havido outras tentativas de suicídio?		Não era alcoólico...bebia de vez em quando e com alguma frequência...quando se juntava com os amigos. Nos últimos tempos não, com a medicação não podia beber.	
35.Na família já houve outros casos de suicídio?	34.1.Se quantas? sim, 34.2.Se sim, data da mais recente: 34.3.Pedi ajuda?	Sim, tentou suicidar-se três vezes. A ultima vez foi quatro meses antes do suicídio. Ninguém lhe deu muita atenção porque além das tentativas, estava sempre a falar no assunto, facto, que de certa forma, nos indicava que o não faria, pois até as tentativas foram pouco sérias, mais parecendo uma brincadeira para assustar a família do que outra coisa. Ainda assim, todos estávamos preocupados com ele exercendo uma vigilância apertada relativamente não só aos seus comportamentos mas, igualmente,	Não. Nunca tentou suicidar-se antes.
36.Quanto ao seu estilo de vida, como era o seu modo de ser habitual? Fale-me da sua vida quotidiana.	35.1.Se quem? sim, 35.2.Qual o grau de parentesco com a vítima?		Vivia pacatamente e bebia diariamente. Quando tinha as crises da doença, vivia como num mundo á parte imaginado por ele, completamente fora da realidade. Vivia como se tivesse menos 50 anos, falava das coisas da sua juventude, pois só





<p>39.Houve algumas mudanças de hábitos no período antecedente ao suicídio?</p> <p>40.A que distância vivia da família, filhos, sobrinhos, irmãos, etc.?</p> <p>41.Quantas vezes visitava a família por semana?</p> <p>42.Era visitado por esses familiares com alguma regularidade?</p> <p>43.Como caracteriza a região de Portalegre?</p> <p>44.Que dificuldades sente para a resolução dos problemas da vida quotidiana? Há falta de respostas sociais, nomeadamente para idosos?</p> <p><b>RELACIONAMENTO COM</b></p>	<p>situação de desemprego?)</p>	<p>Não, até porque no próprio dia do suicídio, estava bem disposto, tendo passado por mim com uma garrafa de água na mão, bem disposto quando se dirigiu para um barracão onde se suicidou sem levantar qualquer suspeita do que ia fazer. Só quando o procuramos para almoçar (era fim-de-semana), o encontramos enforcado no tal barracão.</p> <p>Vivia a 10m da filha em casas contíguas.</p> <p>Estava sempre perto da filha</p> <p>Praticamente vivia com a filha. Relativamente aos outros familiares...os irmãos viviam longe, mas visitavam-se regularmente, mais ou menos de dois em dois meses</p> <p>Trata-se de uma região pobre do interior sem grandes recursos.</p> <p>Existe um lar de 3ª Idade há 15 anos para ser inaugurado, funcionando somente como Centro de Dia. Este facto, é motivo de descontentamento por parte não só dos idosos como também das famílias</p>	<p>Sim, pois queixava-se com muita frequência da doença, fazendo-o de forma revoltada, com a má sorte que sentia por ter aquela doença.</p> <p>Muito perto (5Kms)</p> <p>Não visitava com essa regularidade, existindo visitas fortuitas somente com um dos irmãos.</p> <p>Não. Não era visitado pelos familiares</p> <p>Pobre, sendo uma região do interior do país com todas as limitações inerentes a tal.</p> <p>Sim, poderiam existir mais soluções para os idosos, como centros de dia, em que as pessoas pudessem conviver mais uns com os outros.</p>
---	---------------------------------	---	---

INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO			
45.Qual era a perspectiva do seu familiar relativamente aos lares?		Muito boa, pois gostava muito do convívio com os seus amigos e conhecidos.	
	45.1.Chegou a estar institucionalizado?	Institucionalizado, sim. Apenas no centro de dia, onde ia tomar as suas refeições e voltava a casa.	Má, nem queria ouvir falar Não. Nós os filhos decidimos nunca o institucionalizar
	45.2.Se sim, em regime de internato ou centro de dia?	Aos fins de semana como o centro estava fechado, a instituição levava a comida a casa.	
46.Como era o seu relacionamento com os vizinhos? Com os filhos? Com a comunidade local em geral?	45.3.Recebia outro tipo de apoio social? Se sim, qual?	Muito boa, pois tratava-se de uma pessoa bem disposta e alegre que se dava bem com toda a gente. Mas como já disse atrás, com a doença ficou muito reservado. Pouco saía de casa.	Não. Nunca recebeu nenhum apoio?
		Recorria sempre à filha e ao genro.	Tinha um bom relacionamento, com o álcool era mais agressivo.
	46.1.A quem recorria normalmente, quando tinha algum problema?		Recorria sempre aos filhos.
47.Em sua opinião, que apoios ao nível do poder local e ou organizações privadas ou		Deveriam existir mais instituições, pois as que existem não prestam o apoio necessário ou então criar as valências necessárias nas	Mais lares de 3ª Idade e Centros de Convívio

<p>públicas poderiam contribuir para baixar a taxa de suicídio neste Concelho?</p>		<p>existentes.</p> <p>Como sabemos a população activa desvaloriza a população idosa. ...os idosos são um fardo para a sociedade e isso leva-os ao isolamento. Eu penso que o poder local podia tomar medidas ao incentivo dos saberes dos mais velhos, integrá-los através de iniciativas tradicionais, valorizar o saber fazer, de maneira que eles se sentissem úteis para a sociedade e vissem reconhecidos os seus saberes.</p> <p>Também é responsabilidade do poder local arranjar passeios, convívios, tentar integrá-los com a população mais jovem (crianças), para a transmissão dos seus saberes e sentirem-se úteis. ...penso que baixando o isolamento, baixaria também a taxa de suicídio.</p>	
<p><b>EFEITOS NA FAMÍLIA</b></p>			
<p>48.Como reagiu à morte do seu familiar?</p>		<p>Normal, pois era meu sogro e além disso fiquei sem pais aos 9 anos de idade e isso permite-me lidar com estas situações com alguma frieza. Já a minha mulher reagiu muito mal, pois julgou-se culpada. Pensou devia ter valorizado as outras tentativas de suicídio, devia ter pedido auxílio a profissionais competentes, devia ter falado com o médico...ficou com um grande peso na consciência.</p>	<p>Muito mal. Não estava nada à espera</p>
<p>49.O que mudou na sua vida a partir desse momento?</p>		<p>Não mudou nada. Mas na vida da minha esposa mudou. Ficou um sentimento de culpa</p>	<p>Comecei a valorizar mais a vida.</p>
<p>50.Sente algum trauma ou constrangimento em falar sobre este assunto?</p>		<p>Também não.</p>	<p>Sim, pois trata-se do meu pai com quem eu sempre vivi.</p>

<p>51.Qual foi o tipo de acolhimento recebido por parte da família mais alargada, comunidade de vizinhos ou comunidade local após a morte do seu familiar?</p> <p>52. A partir desse momento, qual é a sua percepção perante a vida?</p> <p>53 – Dá particular importância a todos os sinais de inquietude quotidianos dos que convivem ou lhe estão mais próximos de si?</p> <p>54.Em sua opinião o que leva os idosos a suicidarem-se e em particular neste concelho?</p>		<p>Pena, pois era uma pessoa muito estimada na aldeia, não sendo algo esperado na medida em que as pessoas desconheciam o início da doença que terá contribuído decisivamente para o suicídio.</p> <p>Nestes meios pequenos vive-se em comunidade, partilha, entreajuda. Todos queriam ajudar.</p> <p>Dou-lhe muito mais importância, pois embora lide normalmente com a morte, com o suicídio na família foi a primeira situação que tive e, considero que não é necessário alguém matar-se porque isso temos todos certo.</p> <p>Estou muito mais atento.</p> <p>Isolamento e as dificuldades da vida, pois em Portugal vive-se muito mal, especialmente no interior do país, nomeadamente a população idosa sem recursos financeiros.</p>	<p>Foi muito bom. Houve muita entreajuda, muitos ombros amigos na tentativa de ajudar a ultrapassar esta dor.</p> <p>É diferente, dou-lhe mais valor.</p> <p>Sim. Hoje estou mais desperto para pequenas coisas.</p>
---	--	--	--

## GRELHA INTERPRETATIVA

PERGUNTAS PRINCIPAIS	PERGUNTAS SECUNDÁRIAS	ENTREVISTA 3	ENTREVISTA 4
<p>Agradecer a disponibilidade para a participação, no contexto do convite anteriormente realizado;</p> <p>Garantir a confidencialidade e o anonimato das respostas</p> <p>Solicitar autorização para gravar a entrevista</p> <p>Esclarecer o entrevistado que se pretender interromper, não advém desse facto prejuízo para o próprio.</p>			
<p>2-Sexo:</p> <p>3-Idade:</p> <p>4-Nacionalidade:</p> <p>5-Naturalidade:Freguesia:</p> <p>6-Estado civil:</p> <p>7-Profissão:</p> <p>8-Escolaridade:</p> <p>9-Foi reformado quanto tempo?</p>	5.1-Concelho:	<p>Masculino</p> <p>66 anos</p> <p>Portuguesa</p> <p>Ribeira de Nisa – Portalegre</p> <p>Casado</p> <p>Reformado da GNR</p> <p>4º ano (1º Ciclo)</p>	<p>Masculino</p> <p>78 anos</p> <p>Portuguesa</p> <p>Alegrete – Portalegre</p> <p>Casado</p> <p>Agricultor</p> <p>4º. Ano(1º. Ciclo)</p>

10-Rendimento mensal aproximado: 11-Há quanto tempo ocorreu o suicídio?  Identificação dos Entrevistados: 13-Sexo: 14-Idade: 15-Estado Civil: 16-Escolaridade: 17-Grau de parentesco com a vítima: 18-Profissão: 19 - Residia com a vítima ou próximo?		12 anos  1200€ 2 anos   Masculino 42 anos Divorciado 9º. Ano  Filho Militar da GNR Não. Vivia numa outra povoação a 5 Kms	13 anos  300€ 4 anos   Feminino 50 anos Solteira 11º ano de Escolaridade  Sobrinha Escriturária Próximo
Antecedentes Pessoais 20 - Composição da família (nº de filhos):  21.Vivia sozinho ou acompanhado:  23.Número de irmãos:  24.Relacionamento habitual/ nº e frequência de visitas:	20.1-Filhos de Outras relações  21.1.Se acompanhado, com quem?  23.1.Relacionava-se bem com os irmãos?  24.1.Com o	. Tinha 2 filhos  Não tinha  Vivia com a esposa.   Tinha um irmão  Sim. Viviam próximos  Diariamente, porque tanto eu como a minha irmã os visitávamos todos os dias.	Tinha 4 filhos  Não  Vivia com a esposa   Esposa  Tinha 3 irmãos  .Mau. Não se dava com os irmãos

	cônjuge: 24.2.Com os filhos: 24.3.Com amigos e vizinhos: 24.4.Com ex- colegas de trabalho:  24.5.Com os irmãos:	Muito bom  Muito bom, existindo uma relação muito próxima e de apoio mútuo.  Muito bom, deslocando-se com frequência ao quartel para visitar os colegas ou simplesmente para tratar de alguns documentos de que necessitava. Viam-se todos os dias dado a proximidade de Residência	Muito Mau. A esposa foi sempre vítima de maus trato  Normal. Nunca foi um pai carinhoso  Relacionava-se muito pouco. Não tinha bom relacionamento com ninguém.  Mal. Era muito conflituoso com os colegas.
25.Tipo e nº de amigos:	24.6.Com companheiros de clube/associação:	Colegas de trabalho, mas sobretudo vizinhos da quinta que detinha nas imediações da cidade e onde passava parte do seu tempo, mesmo antes de estar reformado.	Não tinha
26.Quais as condições da habitação em que vivia?		Excelentes, pois havia adquirido um apartamento no centro da cidade com todas as condições.	Muito más
27. Características do povoamento?		Cidade	Concentrado
28.Modo de ser habitual (Temperamento/personalidade):		Muito calmo e afável, sendo muito amigo dos seus amigos com quem tinha um relacionamento muito próximo.	Temperamental
<b>ACONTECIMENTOS DE VIDA RELEVANTES</b> 29.Que tipo de religião praticava? 30.História de doenças físicas:		Católica	Jeová
	30.1.Acidentes		



	recentes ou traumatismos no(s) último(s) ano(s)?	Não	Diabetes, hipertensão e reumatismo
31.História de perturbação mental:	30.2.Se sim, especificar a natureza do traumatismo: 31.1.Se sim, especificar o diagnóstico:	Não	Acidente de motorizada  Amputação de uma perna Não
32.História de tratamento psiquiátrico (ambulatório ou internamento)			
33.Tinha hábitos de consumo de substâncias alcoólicas?		Não	Sim. Bebia diariamente. E com a bebida ainda tinha pior feitio
34.Já tinha havido outras tentativas de suicídio?	34.1.Se sim, quantas? 34.2.Se sim, data da mais recente: 34.3.Pediu ajuda?	Não	Sim. 4 vezes  3 meses antes do suicídio
35.Na família já houve outros casos de suicídio?	35.1.Se sim, quem? 35.2.Qual o grau de parentesco com a vítima?	Não	Sim. Eu era sobrinha, falei com os meus primos, pois este viviam longe, mas como foram tantas tentativas, os meus primos deixaram de ligar, pensando que era apenas para assustar  Um irmão (meu pai)

36.Quanto ao seu estilo de vida, como era o seu modo de ser habitual? Fale-me da sua vida quotidiana.		Trabalhava na sua Quinta e arranjava sapatos, sendo um homem muito trabalhador e economizado.	Era uma pessoa amargurada com a vida, que estava sempre mal disposto e que se refugiava no alcoól.
37.Qual a sua situação económica? Tinha dificuldades económicas?		Muito boa. Não, pois para além de ter uma pensão de reforma muito acima da média, o facto de toda a vida ter efectuado outra tarefa remunerada, permitiu que tivesse uma vida económica muito boa.	Má. Sim
38.Qual era o seu estado de espírito em relação à reforma (desanimado, conformado, satisfeito):		Muito bom, na medida em que tal lhe permitiu ter maior disponibilidade de tempo para os seus trabalhos na quinta e no arranjo dos sapatos.	Quando o irmão se suicidou, começou a dizer com insistência que iria fazer o mesmo.  Conformado
	38.1.Houve algumas alterações no seu estilo de vida após se ter reformado ou perante outro acontecimento (morte do cônjuge ou de outro familiar próximo, situação de desemprego?)	Não. Contudo o facto de eu me ter divorciado “mexeu” muito com ele, tendo aceite muito mal tal situação, adoptando-a como sendo sua. Começou por apresentar alguns sintomas de revolta, ao que se sobrepuseram sintomas de depressão que se foram acentuando progressivamente, pois quando se despedia de mim nas visitas frequentes que também me fazia, chorava disfarçadamente ao sair ao portão da quinta que possuo perto da dele. Eu lá o animava como podia, mas ele sofria em silêncio pois foi sempre uma pessoa muito reservada e introvertida	Quando o irmão se suicidou, começou a dizer com insistência que iria fazer o mesmo.
39.Houve algumas mudanças de hábitos no período antecedente ao suicídio?		Sim, elevada depressão.	Sim, andava muito deprimido, tendo-se afastado de tudo, vivendo muito isolado e bebendo cada vez mais.
40..A que distância vivia da		Na mesma Cidade	Os filhos e sobrinhos, com excepção de

<p>família, filhos, sobrinhos, irmãos, etc.?</p> <p>41.Quantas vezes visitava a família por semana?</p> <p>42.Era visitado por esses familiares com alguma regularidade?</p> <p>43.Como caracteriza a região de Portalegre?</p> <p>44.Que dificuldades sente para a resolução dos problemas da vida quotidiana? Há falta de respostas sociais, nomeadamente para idosos?</p> <p><b>RELACIONAMENTO COM INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO</b></p> <p>45.Qual era a perspectiva do seu familiar relativamente aos lares?</p>		<p>Diariamente, era visitado pelos filhos ou então era ele que nos visitava.</p> <p>Sim, diariamente</p> <p>Muito pacata como outras regiões do interior do País.</p> <p>Há falta de respostas sociais, nomeadamente para idosos? Deveria existir forma dos idosos conviverem mais uns com os outros, levando-os a criar mais amizades.</p> <p>Não queria ser institucionalizado.</p> <p>Não</p> <p>Não</p>	<p>mim vivem em Lisboa só vindo à aldeia por ocasiões festivas ou nas férias.</p> <p>Não</p> <p>Região do interior com poucos recursos e uma população envelhecida que vive com dificuldades.</p> <p>Sim, existem carências ao nível do apoio aos idosos em termos de lares e centros de dia, com ocupação diária dos idosos para passarem o tempo de forma interessante.</p> <p>Má.</p> <p>Sim, mas saiu pois o seu feitio não era compatível com o funcionamento do Centro de Dia.</p> <p>Centro de Dia</p>
	<p>45.1.Chegou a estar institucionalizado?</p> <p>45.2.Se sim, em regime de internato ou centro de dia?</p> <p>45.3.Recebia outro tipo de</p>		

<p>46.Como era o seu relacionamento com os vizinhos? Com os filhos? Com a comunidade local em geral?</p> <p>47.Em sua opinião, que apoios ao nível do poder local e ou organizações privadas ou públicas poderiam contribuir para baixar a taxa de suicídio neste Concelho?</p> <p><b>EFEITOS NA FAMÍLIA</b></p> <p>48.Como reagiu à morte do seu familiar?</p> <p>49.O que mudou na sua vida a partir desse momento?</p> <p>50.Sente algum trauma ou constrangimento em falar sobre</p>	<p>apoio social? Se sim, qual?</p> <p>46.1.A quem recorria normalmente, quando tinha algum problema?</p>	<p>Era muito reservado e nunca falava dos seus problemas, nunca desabafava com ninguém.</p> <p>Deveria existir um Centro de Apoio para ajudar quem necessitasse, tendo um número de telefone grátis, para onde as pessoas com problemas pudessem telefonar de forma anónima relatando o seu caso e procurando ajuda através do conselho de técnicos.</p> <p>Muito mal, pois não existiam razões para tal procedimento.</p> <p>Em termos sentimentais alterou muito, pois tinha um relacionamento muito próximo com o meu pai, que tinha uma vida normal e em certos aspectos muito boa, não existindo assim razões aparentes para se ter suicidado. Tinha todo o apoio da família, mas o facto de ser muito reservado tê-lo-á levado ao suicídio por não ter procurado ajuda através de conversas que deveria ter tido com a família sobre o caso que o atormentava.</p> <p>Não, embora o facto de saber que ele se suicidou por causa do meu divórcio seja algo</p>	<p>Refeições no domicílio.</p> <p>Era um relacionamento normal, mas era de poucas palavras.</p> <p>As Câmaras Municipais e as Misericórdias poderiam desenvolver mais actividades de passatempos com os idosos de forma a atenuar o isolamento dos mesmos</p> <p>Muito mal, pois fez-me reviver tudo o que tinha acontecido com o meu pai. Por outro lado eu era o seu único apoio</p> <p>Fiquei muito triste e revoltada, sentindo-me incrédula com o sucedido.</p> <p>Sim. Pois sinto que poderia ter feito algo</p>
--	--	--	--

este assunto?		que me acompanhará para sempre embora eu não me sinta responsável por tal, na medida em que não fui eu que provoquei tal situação.	para evitar a situação.
51.Qual foi o tipo de acolhimento recebido por parte da família mais alargada, comunidade de vizinhos ou comunidade local após a morte do seu familiar?		Com muita surpresa pois ninguém esperava. Houve muita solidariedade, entreadjudada da família alargada dos amigos e dos vizinhos.	Consternação com o sucedido
52. A partir desse momento, qual é a sua percepção perante a vida?		Tento viver da melhor forma possível e um dia de cada vez.	Já lhe dava muita importância e agora com esta situação ainda reforcei mais esse sentimento.
53 – Dá particular importância a todos os sinais de inquietude quotidianos dos que convivem ou lhe estão mais próximos de si?		Sim, estou muito mais atento	Sim, estou sempre atenta e ajudo com conselhos que penso serem ajustados a cada situação.
54.Em sua opinião o que leva os idosos a suicidarem-se e em particular neste concelho?		Pobreza, isolamento e depressão.	A solidão, as más condições das habitações, o fraco rendimento das famílias e a depressão causada por tudo isto.

## GRELHA INTERPRETATIVA

PERGUNTAS PRINCIPAIS	PERGUNTAS SECUNDÁRIAS	ENTREVISTA 5	ENTREVISTA 6
<p>Agradecer a disponibilidade para a participação, no contexto do convite anteriormente realizado;</p> <p>Garantir a confidencialidade e o anonimato das respostas</p> <p>Solicitar autorização para gravar a entrevista</p> <p>Esclarecer o entrevistado que se pretender interromper, não advêm desse facto prejuízo para o próprio.</p>			
<p>1 – Identificação da Vitima</p> <p>2-Sexo:</p> <p>3-Idade:</p> <p>4-Nacionalidade:</p> <p>5-Naturalidade:Freguesia:</p> <p>6-Estado civil:</p> <p>7-Profissão:</p> <p>8-Escolaridade:</p> <p>9-Foi reformado quanto tempo?</p>	5.1-Concelho:	<p>Feminino</p> <p>67 anos</p> <p>Portuguesa</p> <p>Alagoa</p> <p>Viúva</p> <p>Auxiliar de Acção Educativa</p> <p>3ª. classe</p> <p>2 anos</p>	<p>Masculino</p> <p>78 anos</p> <p>Portuguesa</p> <p>Casado</p> <p>Sem escolaridade</p> <p>13 anos</p>

<p>10-Rendimento mensal aproximado:</p> <p>11-Há quanto tempo ocorreu o suicídio?</p> <p>Identificação dos Entrevistados:</p> <p>13-Sexo:</p> <p>14-Idade:</p> <p>15-Estado Civil:</p> <p>16-Escolaridade:</p> <p>17-Grau de parentesco com a vítima:</p> <p>18-Profissão:</p> <p>19 - Residia com a vítima ou próximo?</p>		<p>560€</p> <p>4anos</p> <p>Feminino</p> <p>49 anos</p> <p>Casada</p> <p>9°. Ano</p> <p>Filha</p> <p>Empregada de restauração</p> <p>Próximo, a uns 500 metros</p>	<p>350€</p> <p>5 anos</p> <p>Feminino</p> <p>54 anos</p> <p>Casada</p> <p>4°. Classe</p> <p>Filha</p> <p>Doméstica</p> <p>Na mesma localidade</p>
<p>Antecedentes Pessoais</p> <p>20 - Composição da família (nº de filhos):</p> <p>22.Vivia sozinho ou acompanhado:</p> <p>23.Número de irmãos:</p>	<p>20.1-Filhos de</p> <p>Outras relações</p> <p>22.1.Se acompanhado, com quem?</p> <p>23.1.Relacionava-se bem com os irmãos?</p>	<p>6 filhos</p> <p>Não</p> <p>Vivia sozinha.</p> <p>4 irmãos</p> <p>Sim.</p>	<p>3 filhos</p> <p>Não</p> <p>Acompanhado</p> <p>com a esposa</p> <p>3 irmãos</p> <p>Não muito bem</p>





27. Características do povoamento?		Vivia bem. Tinha uma casa grande, com boas condições.	Disperso
28. Modo de ser habitual (Temperamento/personalidade):		Disperso	Era temperamental. Personalidade muito forte
<b>ACONTECIMENTOS DE VIDA RELEVANTES</b>		Tinha uma personalidade muito forte, o que ela dizia era lei. No entanto era reservada, introvertida, pouco comunicativa.	
29. Que tipo de religião praticava?		Católica praticante. Todos os domingos ia à missa	Era católico. Não praticante
30. História de doenças físicas:		Tumor no intestino	Não tinha. Apenas tinha muita dificuldade em deslocar-se
		Não	
	30.1. Acidentes recentes ou traumatismos no(s) último(s) ano(s)?		Não teve
	30.2. Se sim, especificar a natureza do traumatismo:		
31. História de perturbação mental:	31.1. Se sim, especificar o diagnóstico:	Psicologicamente afectada com a doença	Não tinha

32.História de tratamento psiquiátrico (ambatório ou internamento)		Não. Tomava apenas uns calmantes	
33.Tinha hábitos de consumo de substâncias alcoólicas?		Não	Sempre bebeu com muita frequência. Diariamente.
34.Já tinha havido outras tentativas de suicídio?	34.1.Se sim, quantas? 34.2.Se sim, data da mais recente: 34.3.Pediu ajuda?	Não	Não
35.Na família já houve outros casos de suicídio?	35.1.Se sim, quem? 35.2.Qual o grau de parentesco com a vítima?	Sim. Dois irmãos e dois tios	Sim. Um irmão
36.Quanto ao seu estilo de vida, como era o seu modo de ser habitual? Fale-me da sua vida quotidiana.		Como lhe disse, tinha uma personalidade forte. Dava-se muito bem com o meu pai, mas com a morte dele tornou-se muito introvertida. Procurava a solidão. Quando se reformou ficou ainda mais introvertida, não desabafava com ninguém, nem com os filhos. Apanhei-a muitas vezes a chorar, mas nunca me dizia porquê. Dizia apenas que se lembrava muito do meu pai. A minha mãe não conseguiu ultrapassar a morte do meu pai. A reforma veio a reforçar ainda mais a	Sempre foi muito trabalhador, muito activo. Nos últimos anos ficou muito parado. Estava muito em casa. À tardinha sentava-se com os amigos e vizinhos nos bancos da praceta junto á sua casa, e assim era passada a sua vida quotidiana.  Sim. Como era muito activo, com a reforma, deixou de trabalhar. Durante alguns anos ainda ia arranando o quintal,
	38.1.Houve algumas alterações no seu		

	estilo de vida após se ter reformado ou perante outro acontecimento (morte do cônjuge ou de outro familiar próximo, situação de desemprego?)	solidão. Nem os filhos nem os netos conseguiram fazê-la ultrapassar o desgosto da morte do meu pai.	mas os anos foram passando e ficou muito parado.
37.Qual a sua situação económica? Tinha dificuldades económicas?		Era muito Boa. Recebia a sobrevivência do meu pai e a reforma dela.	Viviam das reformas, mas sem dificuldades económicas
38.Qual era o seu estado de espírito em relação à reforma (desanimado, conformado, satisfeito):		Como lhe disse muito desanimada, Sentiu-se sozinha.	Sempre muito desanimado. Não aceitou o facto de deixar de trabalhar. Sentia-se inútil.
39.Houve algumas mudanças de hábitos no período antecedente ao suicídio?		Sim. Isolou-se completamente.	Cada vez mais isolado em casa
40.A que distância vivia da família, filhos, sobrinhos, irmãos, etc.?		Eu era a que vivia mais próxima.	Viviam todos na mesma localidade. Todos próximos
41.Quantas vezes visitava a família por semana?		Ia regularmente a minha casa.	Já não saía de casa
42.Era visitado por esses familiares com alguma regularidade?		Sim.	Sim. Principalmente pelos filhos que os visitávamos todos os dias
		Como todo o Alentejo, muito diversificada,	Deprimente. Principalmente estas

43.Como caracteriza a região de Portalegre?		pouco atractiva, muito pobre e sem grandes incentivos, principalmente para os idosos.	freguesias mais distantes da cidade, sem recursos nenhuns
44.Que dificuldades sente para a resolução dos problemas da vida quotidiana? Há falta de respostas sociais, nomeadamente para idosos?		Há muita falta de resposta sociais. Não falo só a nível de lares, mas sim de apoio ao idoso. Nesta região o idoso cai no esquecimento. Não existem políticas de desenvolvimento da região para inserir as pessoas com 65 e + anos e os idosos sentem-se um peso na sociedade.	Muitas. Existe a santa casa da misericórdia que vai levar as refeições a casa, mas isto é muito pouco para ajudar estas pessoas mais idosas que necessitam de outros cuidados. Os idosos sentem-se desprotegidos, com dificuldades para resolverem os seus problemas quotidianos. Não há políticas sociais para ajudar os idosos.
<b>RELACIONAMENTO COM INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO</b>		Nunca falámos a esse respeito.	Era muito negativa. Dizia que os filhos que colocavam os pais nos lares não lhe tinham amor. Queriam ver-se livres deles.
45.Qual era a perspectiva do seu familiar relativamente aos lares?		Não	
46.Como era o seu relacionamento com os vizinhos? Com os filhos? Com a comunidade local em geral?	45.1.Chegou a estar institucionalizado? 45.2.Se sim, em regime de internato ou centro de dia? 45.3.Recebia outro tipo de apoio social? Se sim, qual?	Tinha uma boa relação.	Não.
	46.1.A quem	A mim e aos vizinhos mais próximos	Nenhum. A santa casa da misericórdia é que lhe levava as refeições a casa.
			Não
			Como lhe disse não era de relações muito fáceis, no entanto com a idade foi ficando mais reservado. Com a vizinhança dava-se bem.

<p>47.Em sua opinião, que apoios ao nível do poder local e ou organizações privadas ou públicas poderiam contribuir para baixar a taxa de suicídio neste Concelho?</p> <p><b>EFEITOS NA FAMÍLIA</b></p> <p>48.Como reagiu à morte do seu familiar?</p> <p>49.O que mudou na sua vida a partir desse momento?</p> <p>50.Sente algum trauma ou constrangimento em falar sobre este assunto?</p> <p>51.Qual foi o tipo de acolhimento recebido por parte da família mais alargada, comunidade de vizinhos ou comunidade local após a morte do seu familiar?</p> <p>52. A partir desse momento, qual é a sua percepção perante a vida?</p> <p>53 – Dá particular importância a todos os sinais de</p>	<p>recorria normalmente, quando tinha algum problema?</p>	<p>As Juntas de Freguesia, a Câmara Municipal, podiam promover actividades com os idosos de forma a que eles se sentissem úteis e ver reconhecido os seus talentos. Se baixar a taxa de isolamento baixa também a taxa de suicídio.</p> <p>Muito mal. Não estava nada à espera.</p> <p>Tenho um sentimento de culpa de não a ter ajudado, de não ter reparado nos sinais que ela foi dando.</p> <p>Não. Penso que falando da morte da minha mãe posso ajudar a evitar outros suicídios, pelo menos despertar para esse problema.</p> <p>Muitos apoios por parte dos familiares e dos vizinhos e da comunidade em geral.</p> <p>Valorizo-a muito mais</p> <p>Sim. Fiquei muito mais desperta para esses sinais.</p>	<p>Recorria aos filhos. Como eu era a única filha, era a mim que ele recorria mais. Pedia também muitas vezes ajuda aos vizinhos.</p> <p>Tem que passar por políticas sociais de intervenção com os idosos. Nestes meios pequenos, os idosos ficam isolados, não há valorização. A maioria dos idosos não necessitam de dinheiro, mas sim de apoios, tanto ao nível de integração, cuidados. O principal era não os deixar isolados.</p> <p>Muito mal, não estava nada à espera.</p> <p>Sentimento de culpa. tenho medo que a minha mãe cometa o mesmo erro. Fiquei com um vazio</p> <p>Não. Se falando do meu pai, da sua maneira de estar nos últimos tempos posso ajudar a ver sinais que possam evitar outras tragédias.</p> <p>Dou-lhe muito mais valor</p> <p>Sim, hoje estou muito desperta para pequenos sinais de intranquilidade, em particular da minha mãe...não sei se</p>
---	---	--	---

<p>intranquilidade quotidianos dos que convivem ou lhe estão mais próximos de si?</p> <p>54.Em sua opinião o que leva os idosos a suicidarem-se e em particular neste concelho?</p>		<p>Sem Duvida que é o isolamento. Com a idade as pessoas refugiam-se em casa. Com o isolamento surge a depressão, o sentir que já não são prestáveis para a sociedade nem para a família. Muitos vivem sozinhos, não tem ninguém a quem recorrer e encontram essa solução.</p>	<p>aguentava outra tragédia destas.</p> <p>Já respondi antes. Mas a falta de apoios sociais, o isolamento, a solidão, as doenças...levam os idosos a pôr temo á vida</p>
---	--	--	--

## **ANEXO III**

# **GRELHA EXPLICATIVA**

# GRELHA EXPLICATIVA

BLOCOS DE ASSUNTOS	OBJECTIVOS	DIMENSÕES	PERGUNTAS PRINCIPAIS	PERGUNTAS SECUNDÁRIAS
I – Legitimação da entrevista.	Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	Social	1-Agradecer a disponibilidade para a participação, no contexto do convite anteriormente realizado; 2-Garantir a confidencialidade e o anonimato das respostas 3-Solicitar autorização para gravar a entrevista 4-Esclarecer o entrevistado que se pretender interromper, não advém desse facto prejuízo para o próprio.	
II – Identificação da vítima  Identificação do entrevistado	Caracterizar os sujeitos que participam no estudo	Aspectos individuais	2.Sexo: 3.Idade: 4.Nacionalidade: 5.Naturalidade: Freguesia: 6.Estado civil: 7.Profissão: 8.Escolaridade: 9.Foi reformado quanto tempo? 10.Rendimento mensal aproximado 11.Há quanto tempo ocorreu o suicídio? 13.Sexo: 14.Idade: 15.Estado Civil: 16.Escolaridade: 17:Grau de parentesco com a vítima:	5.1.Concelho



			18.Profissão: 19.Residia com a vítima ou próximo?	
III – Pretende-se analisar as relações familiares em que viviam os idosos	- Identificar se o género e o estado civil são propícios ao suicídio nos idosos.	Subsistema parental	20.Composição da família (nº de filhos): 21.Vivia sozinho ou acompanhado: 22.Número de irmãos:  23.Relacionamento habitual/ nº e frequência de visitas:  24.Tipo e nº de amigos: 25.Quais as condições da habitação em que vivia? 26. Características do povoamento? 27.Modos de ser habitual' (Temperamento/personalidade):	20.1.Filhos de outras relações:  22.1.Se acompanhado, com quem?  22.2.Relacionava-se bem com os irmãos? 23.1.Com o cônjuge: 23.2.Com os filhos: 23.3.Com amigos e vizinhos: 23.4.Com ex-colegas de trabalho: 23.5.Com os irmãos: 23.6.Com companheiros de clube/associação:



			<p>hábitos no período antecedente ao suicídio?</p> <p>39.A que distância vivia da família, filhos, sobrinhos, irmãos, etc.?</p> <p>40.Quantas vezes visitava a família por semana?</p> <p>41.Era visitado por esses familiares com alguma regularidade?</p> <p>44.Como caracteriza a região de Portalegre?</p> <p>45.Que dificuldades sente para a resolução dos problemas da vida quotidiana? Há falta de respostas sociais, nomeadamente para idosos?</p>	
<p>V- Destina-se a perceber qual a expectativa da família face às redes de apoio externos e perceber se as instituições sociais interferem no suicídio dos idosos</p>	<p>Analisar se a integração e a regulação social interferem no suicídio nos idosos</p>	<p>Apoio social</p>	<p>46.Qual era a perspectiva do seu familiar relativamente aos lares?</p> <p>47.Como era o seu relacionamento com os vizinhos? Com os filhos? Com a comunidade local em geral?</p> <p>48.Em sua opinião, que apoios ao nível do poder local e ou organizações privadas ou públicas</p>	<p>46.1.Chegou a estar institucionalizado?</p> <p>46.2.Se sim, em regime de internato ou centro de dia?</p> <p>46.3.Recebia outro tipo de apoio social? Se sim, qual?</p> <p>47.1.A quem recorria normalmente, quando tinha algum problema?</p>

			poderiam contribuir para baixar a taxa de suicídio neste Concelho?	
VI- Identificar os efeitos causados pelo suicídio do idoso nos seus familiares	Contribuir para a identificação de potenciais efeitos do suicídio na vida dos familiares.	Familiar/social	<p>49.Como reagiu à morte do seu familiar?</p> <p>50.O que mudou na sua vida a partir desse momento?</p> <p>51.Sente algum trauma ou constrangimento em falar sobre este assunto?</p> <p>52.Qual foi o tipo de acolhimento recebido por parte da família mais alargada, comunidade de vizinhos ou comunidade local após a morte do seu familiar?</p> <p>53. A partir desse momento, qual é a sua percepção perante a vida?</p> <p>54.Dá particular importância a todos os sinais de inquietude quotidianos dos que convivem ou lhe estão mais próximos de si?</p> <p>55.Em sua opinião o que leva os idosos a suicidarem-se e em particular neste concelho?</p>	

